RLISS du Sud-Ouest

Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Ouest
Rapport annuel de 2010-2011

Ontario
Réseau local d'intégration des services de santé

Table des matières

Message de Jeff Low, président du conseil d'administration **4**

Membres du conseil d'administration, au 31 mars 2011 4

Message de Michael Barrett, directeur général **5**

Vaste et près d'un million de personnes... ..... **6**

Profil de la population **7**

Rapport d'étape sur les priorités du **10**

Plan d'intégration des services de santé de 2010-2013 ..... **10**

I - Accroître la capacité et l'intégration des soins primaires, spécialisés et communautaires, en nous concentrant sur les populations suivantes. 10

i. Personnes âgées et adultes ayant des besoins complexes *10*

ii. Personnes avec des défis en matière de santé mentale et de toxicomanie *12*

iii. Personnes atteintes de maladies chroniques ou à risque de l'être *13*

II - Rehausser l'accès et la viabilité des soins et des traitements dispensés dans les hôpitaux en nous concentrant sur les points suivants 14

i. Services des urgences *14*

ii. Services médicaux, de chirurgie et de soins aux malades en phase critique *14*

Mise à jour sur la stratégie Vieillir chez soi **17**

Initiatives de cybersanté chez le RLISS du Sud-Ouest **20**

Activités de participation communautaire **21**

Interaction avec les collectivités autochtones et francophones **24**

Activités d'intégration **26**

Indicateurs de rendement **29**

Rendement de l'exploitation **32**

États financiers **33**

Message de Jeff Low, président du conseil d'administration

J'ai été nommé président du conseil d'administration du RLISS du Sud-Ouest en février 2011. Mon engagement envers le système des soins de santé remonte à plusieurs années, alors que j'ai siégé au conseil d'administration du London Health Sciences Centre, pour ensuite en devenir le président. Le RLISS du Sud-Ouest joue un rôle d'une importance vitale si nous voulons nous assurer que les générations à venir puissent disposer d'un système de soins de santé de qualité qui soit viable.

Le RLISS du Sud-Ouest a connu de nombreux succès durant ses cinq courtes années d'existence, mais il reste pourtant beaucoup de travail à accomplir. En plus de surveiller, le rôle du conseil d'administration consiste à s'assurer que nous tendons invariablement et régulièrement vers la vision d'un système de soins de santé de qualité qui est pleinement intégré. En collaboration avec les fournisseurs de soins de santé locaux, nous sommes en train de bâtir un système où les programmes et les services fonctionnent ensemble, où les personnes et leur famille peuvent avoir accès aux soins et recevoir ceux dont ils ont besoin, quand ils en ont besoin. Nous plaçons les gens au cœur du système, en comblant les écarts entre les services et en éliminant les dédoublements.

Notre stratégie d'accès aux soins se concentre sérieusement sur l'amélioration de la qualité : elle s'harmonise donc parfaitement à la nouvelle Loi du gouvernement, la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*, ainsi qu'au Plan directeur – Vision 2022 du RLISS du Sud-Ouest.

J'ai hâte de travailler en compagnie des autres membres du conseil d'administration, des conseils d'administration de nos fournisseurs et de l'équipe du RLISS. Nos réunions du conseil sont toujours accessibles et nous accueillons tout membre du public qui veut y assister. Tous les membres du conseil, y compris moi-même, vivons à l'intérieur des frontières du RLISS; nous sommes vos voisins, vos amis et votre famille.

Membres du conseil d'administration, au 31 mars 2011

(Veuillez noter qu'il y avait un poste vacant au 31 mars 2011.)

Jeff Low (London)
Président
Du 7 février 2011 au 7 février 2014

Linda Stevenson (St. Thomas)
Vice-présidente
Du 16 mai 2007 au 15 mai 2012

Kerry Blagrave (Listowel)
Secrétaire
Du 1er juin 2005 au 1er juin 2011

Ron Bolton (St. Marys)
Du 12 mai 2010 au 11 mai 2013

Murray Bryant (London)
Du 17 mai 2006 au 16 mai 2011

Sheryl Feagan (Goderich)
Du 17 juin 2010 au 17 juin 2013

Ron Lipsett (Annan)
Du 28 juillet 2010 au 28 juillet 2013

Janet McEwen (London)
Du 1er juin 2005 au 10 juin 2011

Membres dont le mandat est venu à échéance en 2010-2011

Ferne Woolcott, le 16 juin 2010 Barrie Evans, le 17 juin 2010 John Van Bastelaar, le 4 janvier 2011

Le RLISS du Sud-Ouest souligne avec gratitude les contributions apportées par Ferne, Barrie et John durant leurs années de service au sein du conseil d'administration. Ils faisaient tous partie des premières personnes à être nommées membres du conseil; leur dévouement et leurs conseils ont été des plus précieux pour ce qui est de lancer le RLISS sur sa trajectoire actuelle.

Message de Michael Barrett, directeur général

L'année qui vient de s'écouler s'est avérée captivante pour le RLISS du Sud-Ouest. Nous avons commencé l'année en lançant officiellement le Plan directeur de conception du système de santé – Vision 2022, lequel expose, dans ses grandes lignes, la vision de l'avenir d'un système de soins de santé pleinement unifié. Le Plan directeur représente un sérieux premier pas vers la réalisation d'un meilleur système de soins de santé, laquelle est essentielle si nous voulons répondre aux futurs besoins de notre population. Une vision à long terme ne peut cependant se réaliser que si elle repose sur des plans d'action concrets. Le Plan de services de santé intégrés de 2010-2013 (PSSI), qu'on a également lancé le 1er avril 2010, définit les orientations stratégiques et les mesures actives que nous devons adopter et prendre pour tendre vers un système de soins de santé intégré.

L'année 2010-2011 a vu nos fournisseurs de services de santé mettre en œuvre des programmes et des initiatives qui ont eu des conséquences directes et favorables sur la vie quotidienne de dizaines de milliers de résidents du RLISS du Sud-Ouest. Voici certaines de ces initiatives réussies.

- Plus de 6 500 personnes diabétiques ont obtenu des soins améliorés grâce à l'initiative *Partnerships for Health* (partenariats pour la santé), laquelle a réuni des équipes pluridisciplinaires qui incluaient le patient comme membre clé de l'équipe, en ce qui concerne la gestion du diabète. Le succès de cette initiative va s'étendre à d'autres pratiques et s'appliquer à la gestion d'autres maladies chroniques.
- Le projet d'accès et d'acheminement des patients grâce *à un numéro unique (One Number Protocol)* permet de libérer des places de soins actifs spécialisés à l'intention des patients qui sont les plus malades.
- SPIRE, le système d'interface entre les cabinets des médecins et les dossiers médicaux électroniques régionaux du Sud-Ouest, constitue une interface électronique sécurisée quant aux dossiers électroniques des patients que détiennent les hôpitaux et les cabinets des médecins régionaux participants.
- Vie et membre : politique de non-refus, permet de veiller à ce que les patients les plus gravement malades ne soient pas acheminés vers un autre hôpital à cause d'un manque de place. Ce protocole insiste sur la théorie « patient d'abord, le lit ensuite ».

Ce ne sont là que quelques exemples des réussites qu'ont permises le dévouement et le dur travail de nos fournisseurs de services de santé. Notre site Web en renferme beaucoup d'autres.

Cette dernière année, nous avons également vu le RLISS du Sud-Ouest entrer dans le monde des médias sociaux. Ces derniers n'étant plus réservés aux jeunes élèves, nos partisans proviennent de toutes les couches de la société et de tous les groupes d'âge. Grâce à Facebook, à Twitter et à YouTube, nous avons pu interagir avec des milliers de personnes qui, auparavant, auraient pu se sentir coupées du système de soins de santé. Notre chaîne YouTube renferme de véritables récits vécus par de véritables personnes. Nous sommes déterminés à faire preuve d'intégrité et de transparence dans tout ce que nous faisons et, par le biais des médias sociaux, nous avons la capacité d'interagir directement avec les gens que nous desservons.

En terminant, je veux remercier tous nos fournisseurs de services de santé, lesquels travaillent inlassablement aux premières lignes, jour après jour, pour aider des patients, des clients et des résidents à atteindre une meilleure qualité de vie. Je veux aussi remercier le personnel du RLISS de son dur travail, ainsi que le conseil d'administration de l'orientation et du soutien qu'il offre.

Vaste et près d'un million de personnes...

... voilà le RLISS du Sud-Ouest

Le RLISS du Sud-Ouest s'étend depuis Long Point, au sud, jusqu'à Tobermory, au nord, et dessert 7,5 pour 100 des habitants de la province. Non seulement notre région géographique est-elle vaste, mais la diversité de nos collectivités inclut des secteurs agricoles, où les voisins peuvent se trouver à plusieurs kilomètres les uns des autres, des petites localités et de grandes villes où quelques pas dans un couloir nous amènent à la porte du voisin. Notre population comprend cinq réserves des Premières nations, des collectivités francophones et une grande proportion de personnes âgées.

Le RLISS finance plus de 150 fournisseurs de services de santé, parmi lesquels figurent des organismes de services communautaires qui offrent du soutien à domicile ou dans la collectivité. Les services offerts par ces organismes passent par toute la gamme, allant des petits services ménagers aux programmes de jour pour adultes, à l'intention des gens qui n'ont pas accès à un soignant durant la journée.

Les 76 foyers de soins de longue durée que finance le RLISS du Sud-Ouest offrent un milieu accueillant et sécuritaire à plus de 7 000 personnes lorsque les services de soins à domicile ne suffisent plus. Le RLISS finance également le centre d'accès aux soins communautaires du Sud-Ouest, où les gestionnaires de cas aident les résidents du RLISS à naviguer à travers le système de soins de santé et à obtenir le soutien approprié en évaluant les besoins, en travaillant en collaboration avec les hôpitaux quant à la planification de la mise en congé, en veillant à ce qu'on réponde aux besoins des personnes, en matière de soins, dans le contexte le plus approprié.

Le RLISS du Sud-Ouest finance 20 hôpitaux constitués en personnes morales (32 emplacements), lesquels varient considérablement quant à la taille et aux genres de services qui sont offerts. Les petits hôpitaux communautaires desservent leurs voisins immédiats lorsque des soins peu spécialisés sont requis. Cela permet aux patients de rester à proximité de leur famille et de leurs amis pendant leur convalescence. Les hôpitaux régionaux desservent un plus grand secteur et offrent des soins plus spécialisés.

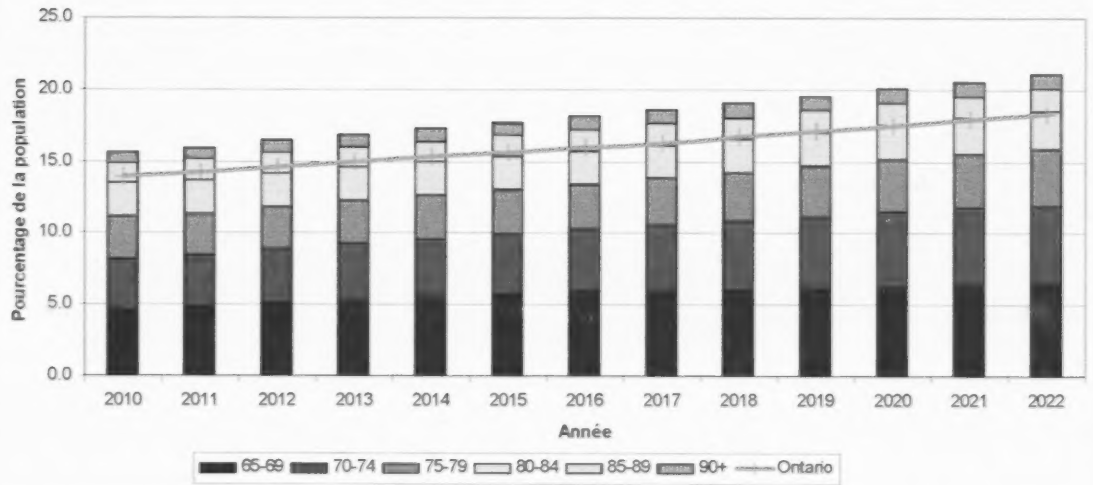
Il y a deux grands hôpitaux universitaires à London, soit le St. Joseph's Health Care London et le London Health Sciences Centre. Ces deux organismes ont acquis une réputation internationale et comptent certains des meilleurs spécialistes au monde. Les hôpitaux de London offrent le plus haut niveau de soins spécialisés aux résidents du secteur du RLISS du Sud-Ouest ainsi qu'à des personnes qui relèvent des RLISS avoisinants.

Profil de la population

Les gens du secteur du RLISS du Sud-Ouest présentent de la variété, tout comme les terres qu'ils habitent. Nous gardons donc à l'esprit les faits suivants à mesure que nous planifions en vue d'obtenir un système de santé qui réponde aux besoins de tout le monde :

- parmi les quelque 900 000 habitants de la région, la plupart (85 pour 100) ont l'anglais comme langue maternelle. Le français est cependant la langue maternelle de presque 11 000 personnes (1,2 pour 100). Une tranche additionnelle de 7 300 habitants (0,8 pour 100) ne parlent ni l'une ni l'autre des langues officielles;
- 1,4 pour 100 des habitants du Sud-Ouest se disent autochtones, comparativement à 2 pour 100 dans l'ensemble de la province, ce qui représente une population significative qui affronte des défis particuliers en matière de santé. Le Sud-Ouest compte cinq réserves, lesquelles abritent une population de presque 4 500 personnes. On estime que 7 200 autres autochtones habitent hors des réserves;*
- la population du RLISS du Sud-Ouest devrait s'accroître pour atteindre juste au-delà d'un million de personnes (1 004 195) d'ici 2017;
- le pourcentage des habitants qui ont 65 ans ou plus, dans le secteur du RLISS du Sud-Ouest, est actuellement de 15,6 pour 100, comparativement à 13,9 pour 100 pour l'ensemble de la province. Comme le démontre le tableau suivant, la population âgée devrait s'accroître rapidement durant les années à venir, pour atteindre 21,1 pour 100 (18,3 pour 100 en Ontario) d'ici l'an 2022. **

Projections quant à la population âgée de 65 ans ou plus, RLISS du Sud-Ouest, 2010-2022

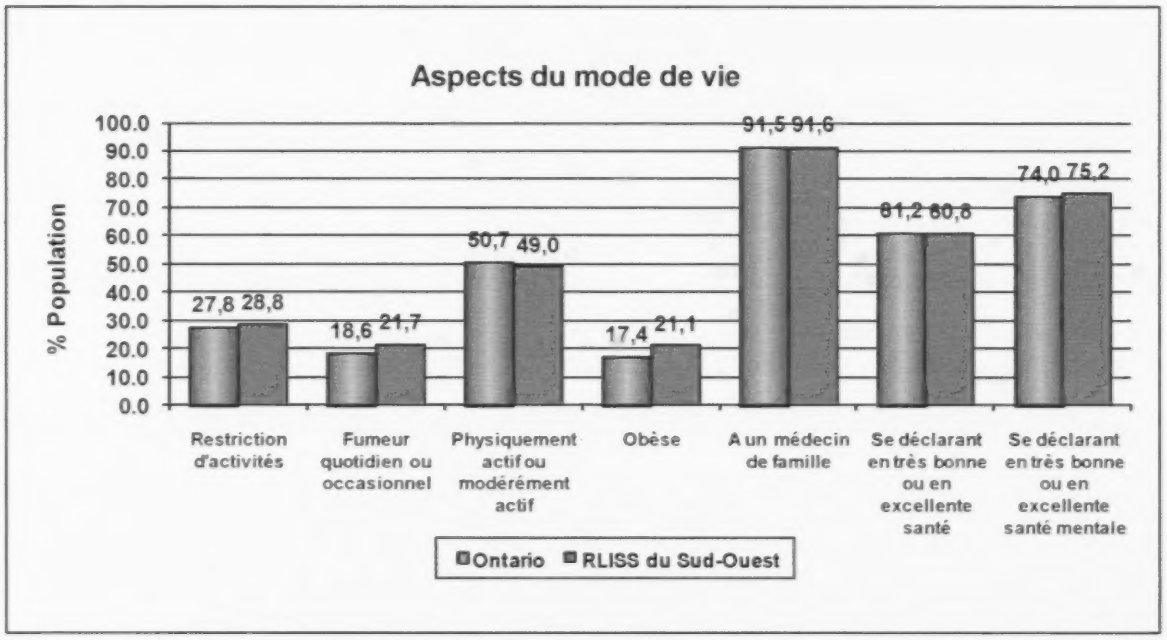


Profil de santé ***

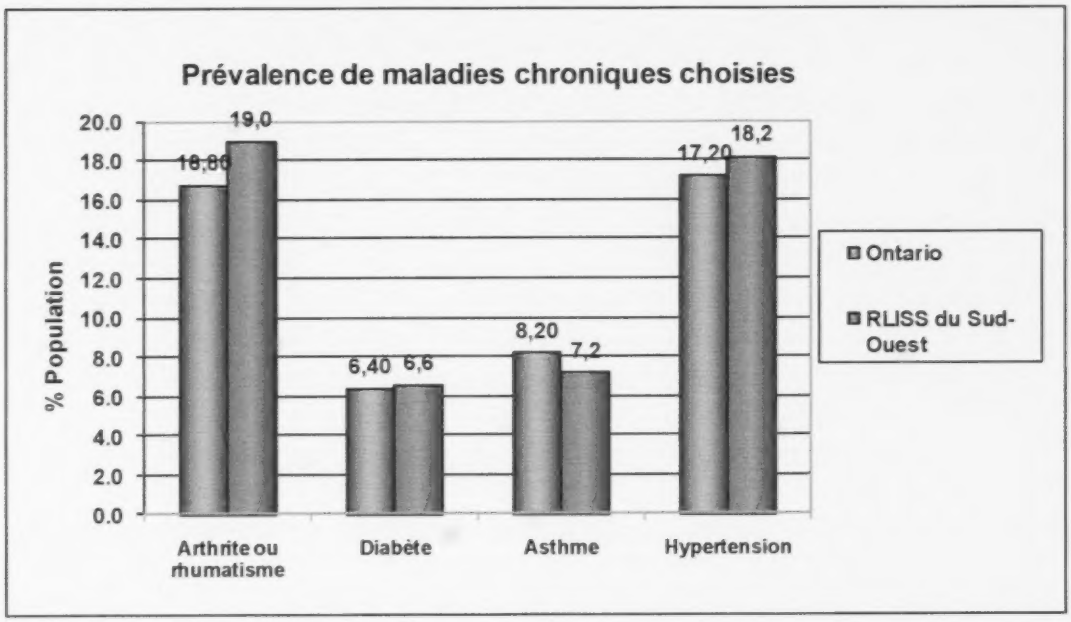
En élaborant un système de soins de santé en vue de l'avenir, il est important de comprendre les besoins d'aujourd'hui et les aspects du mode de vie de la population actuelle qui vont probablement influer sur les besoins en matière de soins de santé de l'avenir. Vous trouverez ci-après certains des facteurs et leur prévalence au sein du RLISS du Sud-Ouest, dont nous devons tenir compte en allant de l'avant avec la transformation du système de soins de santé.

- Tout juste plus de 60 pour 100 des habitants du Sud-Ouest se déclaraient en très bonne ou en excellente santé, en 2009.
- L'incidence du diabète, au sein du RLISS du Sud-Ouest, était de 6,3 pour 100 en 2009, comparativement à 6,4 pour 100 dans la province.
- 16,0 pour 100 des adultes ayant plus de 12 ans signalent une consommation d'alcool de cinq verres ou plus à la fois, au moins une fois par mois, comparativement à 15,6 pour 100 dans l'ensemble de la province.
- 22,0 pour 100 des habitants du RLISS du Sud-Ouest signalent avoir un niveau élevé de stress dans leur vie, comparativement à 24,3 pour 100 des Ontariens.
- Les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, de 2009, suggèrent que 21,1 pour 100 des adultes âgés de 18 ans ou plus, dans le secteur du Sud-Ouest, sont obèses.
- 91,6 pour 100 des habitants du secteur du RLISS du Sud-Ouest ont signalé avoir un médecin de famille, en 2009, comparativement à 91,5 pour 100 pour l'Ontario.

Le graphique ci-dessous montre certains aspects du mode de vie et compare ces derniers à des statistiques provinciales.



Le tableau suivant montre les taux de prévalence de divers états chroniques chez les habitants du secteur du RLISS du Sud-Ouest comparativement à la population de l'Ontario.



Source des données : * Affaires indiennes et du Nord Canada, Population indienne inscrite selon le sexe et la résidence, 2006. ** Projections de population du ministère des Finances, *Population Projections by Gender, Age and LHIN of Residence, 2006-2016*, Projet d'analyse des données sur le système de santé. ***Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009.

Rapport d'étape sur les priorités du

Plan d'intégration des services de santé de 2010-2013

Le Plan d'intégration des services de santé (PIDSS) de 2010-2013 poursuit les efforts de mise en œuvre de notre premier PIDSS. Il établit la liste des priorités quant aux étapes à franchir pour atteindre l'objectif de notre plan directeur, c'est-à-dire réaliser un système de soins de santé intégrés, d'ici 2022. Le PIDSS définit les deux orientations stratégiques ci-après.

I - Accroître la capacité et l'intégration des soins primaires, spécialisés et communautaires, en nous concentrant sur les populations suivantes.

i. Personnes âgées et adultes ayant des besoins complexes

Élaborer et mettre en œuvre un modèle intégré de soins à l'intention des personnes âgées à haut risque – Grâce au financement offert par la Stratégie Vieillir chez soi, le RLISS du Sud-Ouest a lancé un projet pilote pour comprendre des façons dont les fournisseurs de soins de santé pourraient, entre les secteurs, mieux recenser et appuyer les personnes âgées vivant à domicile qui risquent davantage que les autres d'effectuer des visites évitables aux services des urgences ou d'être hospitalisées. Le projet pilote mené à partir de London a permis d'acquérir des connaissances considérables; en tout, 46 personnes âgées de 75 ans ou plus ont été recensées, durant un séjour à l'hôpital, comme étant à risque lorsqu'elles obtiendraient leur congé et retourneraient à la maison; elles ont participé au projet des personnes âgées à haut risque.

En plus des services de gestion des cas intensifs dispensés par le biais du Centre d'accès aux soins communautaires du Sud-Ouest, les clients recevaient à domicile la visite d'une infirmière praticienne qui répondait à leurs besoins médicaux, effectuait le rapprochement quant à leurs médicaments et veillait à ce que ces derniers soient utilisés de façon appropriée, en particulier au retour à la maison après l'hospitalisation. Les clients recevaient jusqu'à quatre visites par jour de la part d'une préposée aux soins personnels et ils avaient accès à un téléavertisseur fonctionnant 24 heures sur 24, en cas de besoin urgent (à utiliser en cas d'incontinence, de chute, etc.) dans le cadre de mesures de soutien améliorées quant à la vie quotidienne. Le programme permet non seulement d'offrir du soutien aux personnes âgées dans leur domicile, mais il réduit aussi le risque que ces dernières soient admises à l'hôpital ou qu'elles nécessitent une admission prématurée dans des foyers de soins de longue durée.

Les réussites obtenues et les leçons apprises grâce au projet pilote de London seront dorénavant incorporées à la stratégie Accès aux soins du RLISS du Sud-Ouest.

Élaborer et mettre en œuvre un système coordonné de soins à l'intention des personnes âgées atteintes de troubles du comportement – Dans l'ensemble de la province, le nombre de résidents qui vivent dans des foyers de soins de longue durée et qui ont un comportement potentiellement instable et agressif est à la hausse. Cela est attribuable à un certain nombre de facteurs dont le vieillissement de la population, lequel s'accompagne d'une incidence accrue de la maladie d'Alzheimer, de démences connexes et de maladies mentales. Pour aider à rehausser la qualité de la vie de ces résidents et des gens qui habitent leur propre domicile, cinq équipes d'intervention relative à la santé mentale des personnes âgées vont travailler à l'échelle du RLISS, au sein de coopératives de soins gériatriques desservant des secteurs géographiques particuliers; cela nous permettra de mieux répondre aux besoins

de ces gens, que ce soit dans des foyers de soins de longue durée ou dans la collectivité.

Cette initiative se concentre sur les personnes âgées ayant plus de 65 ans qui présentent des troubles significatifs aux points de vue émotif, cognitif ou du comportement, lesquels nuisent à leur capacité de vivre de façon autonome ou influent gravement sur leur sentiment de bien-être et leurs rapports avec autrui. Elle suppose l'élaboration d'un modèle de soins, l'établissement de protocoles entre les contextes tertiaire, de l'annexe 1, des foyers de soins de longue durée et des organismes communautaires, la création d'un cadre d'évaluation ainsi que l'installation et l'utilisation de matériel de télémédecine qui améliorera les interventions cliniques.

Rehausser les services et les mesures de soutien à l'intention des autochtones âgés – Nous savons que comparativement à la population en général, les personnes âgées autochtones font face à de sérieuses lacunes et obtiennent de moins bons résultats en matière de santé. Elles ont un taux plus élevé d'états pathologiques chroniques et de handicaps que les autres Canadiens du même âge et elles ont également un accès limité aux services de soins de santé primaires. Beaucoup d'autochtones âgés de 45 ans ou plus ont vécu des préjugés culturels et de la discrimination dans leurs interactions avec les services de soins de santé fondés sur le modèle occidental et ils veulent revenir à leurs façons traditionnelles d'autogouvernance et d'administration des programmes de soins de santé. Le RLISS du Sud-Ouest reconnaît le besoin d'offrir, aux personnes âgées autochtones, des services de soins de santé qui soient sécuritaires et appropriés au point de vue culturel en vue d'appuyer la gestion des états pathologiques chroniques, de prévenir les délais pour ce qui est de demander des soins, de prévenir les complications et de réduire le recours à des services de soins de santé coûteux.

Grâce au leadership offert par le comité des autochtones du RLISS du Sud-Ouest, nous sommes en train de créer une stratégie sensible à la collectivité et sécuritaire au point de vue culturel pour mettre en oeuvre, coordonner, intégrer et élaborer de façon continue des ressources et des services de soins de santé axés sur la collectivité; cela permettra de desservir les personnes âgées autochtones aux prises avec des problèmes de santé complexes qui risquent l'hospitalisation et/ou le placement en établissement de soins de longue durée. Financé par le biais de l'initiative Vieillir chez soi du RLISS du Sud-Ouest, le projet compte trois objectifs clés :

1) accroître les possibilités d'intégration de pratiques sécuritaires au point de vue culturel dans l'ensemble des services de soins de santé qui desservent les résidents autochtones du RLISS du Sud-Ouest;
2) assurer la prestation de services efficaces et appropriés au point de vue culturel aux personnes âgées autochtones;
3) élargir les services et les mesures de soutien à l'intention des personnes âgées autochtones pour les aider à vivre à domicile.

Rehausser la capacité et la coordination des services de transport – Deux projets relatifs à la Stratégie Vieillir chez soi montrent des résultats favorables dans les secteurs nord et central du RLISS. Le projet de Grey-Bruce met en cause des services de soutien à domicile et dans la collectivité (*Home and Community Support Services*) alors que ces derniers collaborent pour améliorer la coordination des ressources d'un bout à l'autre de leur vaste région géographique.

De même, dans la région de Huron-Perth, les personnes âgées et autres qui ont du mal à se rendre à leurs rendez-vous médicaux ou à se prévaloir d'autres services n'ont plus à s'inquiéter de la façon dont ils vont s'y rendre, grâce au programme *Easy Ride*, un partenariat de sept organismes communautaires de la région. Les services de répartition centraux de tous les organismes en cause sont maintenant coordonnés. Chaque partenaire conserve la propriété et l'exploitation de ses véhicules, mais le bureau central a accès à eux et il peut utiliser un logiciel d'ordonnancement en ligne pour réserver les trajets en fonction de ce qui a le plus de sens. Le RLISS va continuer de travailler en collaboration avec les fournisseurs de services de santé partenaires, dans l'ensemble de son territoire,

pour déterminer comment augmenter la capacité en fonction des ressources disponibles.

Définir le rôle des places de soins continus complexes et des services de réadaptation ainsi que l'accès à ces dernières – Cette priorité est un élément de l'initiative Accès aux soins que les 14 RLISS sont en train d'adopter. Accès aux soins compte trois principales composantes :

- la mise en œuvre de Chez soi en premier, une théorie de soins intégrés qui se concentre sur le recensement précoce des personnes âgées ayant de grands besoins, à l'hôpital, et sur l'examen de toutes les options en matière de soutien à domicile avant d'acheminer la personne vers un foyer de soins de longue durée;
- l'harmonisation entre la capacité communautaire des programmes d'aide à la vie autonome et/ou de logement avec services de soutien et/ou de jour pour adultes et la mise en œuvre du rôle élargi des centres d'accès aux soins communautaires permettant d'accéder à ces services;
- l'harmonisation entre la capacité des places de soins continus complexes et de réadaptation dans les hôpitaux.

ii. Personnes avec des défis en matière de santé mentale et de toxicomanie

Dessaisissement en matière de santé mentale :
En 1997, la Commission de restructuration des services de santé (CRSS) a publié des directives sur un certain nombre de changements devant s'effectuer au niveau du système, dans la région. Ces directives comprenaient entre autres le dessaisissement des services de santé mentale, lequel devait s'effectuer en trois étapes : la première visait le dessaisissement des services de santé mentale exploités par la province depuis London et St. Thomas, en faveur de St. Joseph's Health Care, London, lequel s'est terminé en 2001.

Plusieurs partenaires ont participé à la deuxième étape de l'activité : le dessaisissement des services offerts aux patients hospitalisés, aux emplacements du Centre régional de santé mentale de (CRSM) de London et de St. Thomas, pour permettre aux clients de recevoir des soins plus près du domicile. Vers la fin de 2010, 50 lits, services, clients et ressources connexes ont été transférés à l'Hôpital Grand River, dans la région de Kitchener-Waterloo. En 2011-2012, 59 autres places iront à Windsor, 14 iront à Hamilton en 2013-2014 et 15 (places relevant de l'annexe 1) iront à l'Hôpital général de St. Thomas-Elgin.

Au cours des prochaines années, 70 places additionnelles du CRSM fermeront avant de déménager aux nouvelles installations de santé mentale de London (156 lits en tout) et de St. Thomas (89 places pour patients atteints de maladie mentale qui ont posé des gestes criminels). Ce qu'on appelait antérieurement l'étape 3 vise l'amélioration et la création de la capacité communautaire, un travail qui s'effectuera en 2011-2012.

Services communautaires :
Nous avons également effectué une planification considérable quant au nouveau Programme de logements avec services de soutien pour les personnes prises avec des dépendances, lequel est exploité par les Services de toxicomanie de Thames Valley, en partenariat avec des fournisseurs du domaine de la santé mentale et de la lutte contre la toxicomanie à l'échelle de la région; cela va permettre aux huit premiers des 32 logements avec services de soutien d'ouvrir au début de mars. Ce programme procure aux sans-abri qui ont besoin de soutien en matière de toxicomanie un logement personnel et de l'aide en offrant une évaluation quant à la toxicomanie, la planification du traitement, l'enseignement d'aptitudes à la vie quotidienne et de l'aide en matière d'auto-gestion. Grâce au leadership des Services de toxicomanie de Thames Valley, les partenaires ont créé un modèle intégré de prestation des services qui desservira mieux une population qui, nous le savons, passe beaucoup de temps dans les services des urgences, dans les salles d'attente, dans les refuges et au sein du système de lutte contre la toxicomanie. L'objectif consiste à mieux servir ces personnes pour leur offrir du soutien et mieux leur apprendre à se gérer elles-mêmes et à quitter le

programme, pour en venir à occuper leur propre logement permanent.

Grâce à une intégration des services, des bénévoles spécialement formés du centre de détresse de London et du district (*London and District Distress Centre* [LDDC]) répondent maintenant à tous les appels de détresse pour le compte de l'ACSM-services d'intervention en cas de détresse mentale de London (*London Mental Health Crisis Services*); ils trient ensuite les appels qui exigent une intervention face à face et les acheminent aux services d'intervention en cas de détresse mentale de London. Cela permet de redéployer le personnel de ces services, qui répondait antérieurement aux appels téléphoniques de détresse, vers d'autres services face à face, tout en permettant aux personnes qui appellent les lignes de détresse de continuer d'obtenir des services de qualité.

iii. Personnes atteintes de maladies chroniques ou à risque de l'être

Le RLISS du Sud-Ouest entreprend la mise en œuvre de stratégies de prévention et de gestion des maladies chroniques, en se concentrant initialement sur la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète. Nous avons créé un Centre de coordination régionale (CCR) du Sud-Ouest dans le but d'améliorer la santé et les résultats en matière de santé des gens qui sont diabétiques ou qui risquent fortement de le devenir. Le centre se concentre sur la recherche de lacunes en matière de soins et sur le fait de faciliter l'amélioration de la gestion globale du diabète.

Le CCR va miser sur le travail effectué dans le cadre du projet officiel d'une durée de trois ans appelé partenariats pour la santé (*Partnerships for Health*). Ce projet a facilité la création d'équipes de soins intégrés qui se concentrent sur l'amélioration de la qualité des soins quant à leurs patients diabétiques. La concentration sur l'appui envers le recours aux technologies de cybersanté disponibles, comme les dossiers médicaux électroniques, a constitué un instrument d'habilitation clé dans la réussite de ce projet. Bien que le projet officiel se soit terminé le 31 mai 2011, il se poursuit dans le cadre du nouveau programme d'amélioration de la qualité et des processus du RLISS du Sud-Ouest.

Grâce au financement offert par Vieillir chez soi, le RLISS du Sud-Ouest a lancé un programme qui se concentre sur le fait d'aider des fournisseurs de services de santé de la région à accroître leur ensemble de compétences, de façon à pouvoir habiliter leurs patients atteints d'une maladie chronique ou plus à gérer eux-mêmes leur état. Des accompagnateurs ont été formés, à l'échelle du RLISS, et de nombreuses personnes participent à des ateliers où elles acquièrent les compétences et les connaissances dont elles ont besoin pour mieux prendre soin d'elles-mêmes.

Le travail se poursuit pour ce qui est d'améliorer l'accès aux services relatifs aux maladies chroniques du rein (dialyse rénale), par le biais d'emplacements satellites du Programme rénal régional de London et par le recours à la dialyse péritonéale, chez certains foyers de soins de longue durée du Sud-Ouest.

II - Rehausser l'accès et la viabilité des soins et des traitements dispensés dans les hôpitaux en nous concentrant sur les points suivants.

i. Services des urgences

Le *Programme de financement axé sur les résultats* de la province offre aux hôpitaux, d'un bout à l'autre de l'Ontario, des mesures incitatives pour les encourager à réduire les temps d'attente dans les salles des urgences et faire en sorte que les patients obtiennent plus rapidement les soins d'urgence nécessaires.

Des hôpitaux du RLISS du Sud-Ouest ont reçu 3,65 millions de dollars par l'entremise du programme. Les hôpitaux qui obtiennent du financement s'engagent à traiter plus de patients en deçà des objectifs de temps d'attente fixés, visant à améliorer le rendement de 15 pour 100 durant l'année.

Pour atteindre l'objectif, les hôpitaux vont utiliser le financement pour faire des choses comme les suivantes :

- accroître le personnel des équipes des services des urgences (SU) et revoir la façon dont ces équipes interagissent pour favoriser la collaboration;
- désigner des zones, dans les salles des urgences, où évaluer rapidement les patients, pour améliorer l'acheminement de ces derniers;
- mettre en œuvre l'amélioration des processus et des méthodologies allégées (comme le programme d'amélioration des processus des services des urgences) pour apporter des améliorations viables à long terme quant à l'acheminement des patients, d'un bout à l'autre des hôpitaux.

Le London Health Sciences Centre (emplacements de Victoria et de l'université), l'Hôpital général de St. Thomas-Elgin et les services de santé de Grey-Bruce (*Grey Bruce Health Services*) ont fait partie du *Programme de financement axé sur les résultats* de 2010-2011. L'Hôpital général de St. Thomas a participé au Programme d'amélioration du fonctionnement des salles des urgences de la province. Des emplacements supplémentaires du RLISS du Sud-Ouest ont participé à un programme modifié d'amélioration du fonctionnement des salles des urgences, dont les suivants : l'Hôpital Alexandra (Ingersoll), l'Hôpital Alexandra Marine and General (Goderich), Middlesex Hospital Alliance, South Bruce Grey Health Centre et l'Hôpital général de Woodstock.

ii. Services médicaux, de chirurgie et de soins aux malades en phase critique

Projet des genoux et des hanches – Le RLISS du Sud-Ouest a approuvé du financement visant à mettre en œuvre des éléments clés du projet des genoux et des hanches (financé en 2009-2010), pour permettre d'élaborer :

- une directive fondée sur des preuves à l'intention des médecins de famille qui renvoient des patients à des chirurgiens orthopédistes;
- une formule et un processus communs d'acheminement à utiliser dans l'ensemble du territoire du RLISS;
- des outils d'éducation à l'intention des personnes ayant besoin d'une arthroplastie.

Nous avons de plus lancé un site Web, hébergé à l'adresse thehealthline.ca, où l'on trouve des renseignements courants sur le cheminement de soins des patients et les livrets éducatifs des hôpitaux. Cette initiative a aussi permis de surveiller l'élaboration et la mise en œuvre de modalités de traitement communes, comme fondement d'un cheminement clinique.

Projet des fractures de la hanche – Le temps d'attente quant aux fractures de la hanche (le temps pendant lequel un patient doit attendre une chirurgie, depuis le moment de l'admission à un service des urgences pour cause de fracture à une hanche) est dans la mire des leaders des soins de santé locaux. Il reste beaucoup de travail à faire, puisque nous savons que les résultats sont meilleurs

chez les personnes qui obtiennent une réparation de la hanche dans les 48 heures.
Suivant les instructions reçues du Comité d'experts en matière d'orthopédie de l'Ontario, le réseau Bone and Joint Health Network (BJHN) a publié des plans de soins standard et d'autres recommandations fondés sur des études pour aider des hôpitaux de l'Ontario à respecter l'objectif voulant que 90 pour 100 des patients subissent leur chirurgie en 48 heures ou moins après s'être fracturé une hanche.
Des améliorations sont en voie de réalisation dans l'ensemble du RLISS du Sud-Ouest, à mesure que les plans de soins du réseau BJHN sont mis en œuvre dans les hôpitaux qui réparent des fractures de la hanche. Ces derniers comprennent : le London Health Sciences Centre, l'Hôpital général de St. Thomas-Elgin, l'Hôpital général de Strathroy-Middlesex, l'Hôpital général de Stratford, Grey Bruce Health Services (emplacement de Owen Sound) et l'Hôpital général de Woodstock.

Amélioration des temps d'attente quant aux chirurgies de cancer – Le RLISS du Sud-Ouest continue de signaler de longs temps d'attente quant aux chirurgies de cancer. Le London Health Sciences Centre (LHSC) et St. Joseph's Health Care (SJHC) effectuent environ 74 pour 100 des chirurgies de cancer au sein du RLISS du Sud-Ouest; ils continuent d'exécuter et, typiquement, de dépasser le nombre de chirurgies prévu dans l'entente de responsabilisation.

En 2010, le RLISS du Sud-Ouest a fourni du financement au London Health Sciences Centre pour permettre à ce dernier d'examiner les données sur les temps d'attente et de rédiger des rapports visant l'amélioration des files d'attente. Ce travail a engendré une forte concentration sur l'urologie et a permis de trouver un clinicien qu'on a chargé de mener un processus régional d'amélioration de l'accès aux soins d'urologie.

Le RLISS du Sud-Ouest a financé une initiative visant à miser sur ce fondement et à harmoniser la prestation des services d'urologie, pour maximiser la capacité ainsi qu'élaborer et mettre en œuvre de nouveaux modèles permettant d'inscrire les patients sur la liste d'attente d'intervention de chirurgies de cancer, dans le domaine de l'urologie, sans nuire à d'autres interventions chirurgicales en matière d'urologie. Nous tirerons des leçons de ce domaine concentré pour améliorer l'accès à la chirurgie quant à d'autres genres de cancer, le cas échéant.

Soins aux malades en phase critique – Des progrès significatifs ont été réalisés quant aux programmes qui sont conçus pour améliorer l'accès aux soins pour malades en phase critique, au sein du RLISS du Sud-Ouest, depuis la création du Réseau de soins critiques, en 2009.

L'une des premières réalisations du groupe a été la création d'une liste détaillée de toutes les places de soins pour malades en phase critique du système de santé local, y compris le recensement des genres de mesures de soutien que chacune peut offrir et des médecins spécialistes qui peuvent offrir du soutien et autres choses. Ce travail a permis d'élaborer des plans relatifs à des hausses légères et modérées de la capacité, ce qui signifie recenser les ressources humaines, les besoins en matériel et en locaux en fonction d'une « légère » hausse menant à 115 pour 100 de la capacité actuelle, et jusqu'à 150 pour 100 de la capacité dans le cas d'une hausse « modérée ». Il est important d'être en mesure de gérer des hausses de la capacité si nous voulons pouvoir offrir des soins dans diverses situations, comme répondre à un grand nombre de blessés ou à une pandémie.

Vie et membre : politique de non-refus – Nous avons tous entendu des histoires de patients qui étaient gravement malades ou blessés et qu'on a dû transporter par la voie des airs à travers la province, à travers le pays ou même jusqu'aux États-Unis pour leur permettre d'obtenir des soins en temps opportun, ces derniers n'étant pas disponibles au niveau local. Le 1er février 2011, les hôpitaux de l'ensemble du RLISS du Sud-Ouest se sont unis pour mettre en œuvre une nouvelle Vie et membre : politique de non-refus. Cette nouvelle théorie de soins devrait réduire radicalement la pratique voulant qu'on envoie des patients gravement malades ou blessés à l'extérieur de la région, en assurant une meilleure collaboration entre les hôpitaux. Ensemble, les médecins, infirmières et infirmiers, administrateurs des hôpitaux et représentants des soins aux malades en phase critique ont travaillé en collaboration avec le responsable des soins aux

malades en phase critique du RLISS pour élaborer des parcours de soins et des processus appropriés quant à Vie et membre : politique de non-refus.

Soin des patients exigeant de la ventilation artificielle de longue durée – Grâce au personnel dévoué du London Health Sciences Centre (LHSC), à un projet de ventilation artificielle de longue durée financé par le RLISS du Sud-Ouest et au soutien incroyable démontré par des organismes communautaires et des familles, certaines personnes exigeant une aide à la respiration de longue durée n'ont plus besoin de vivre dans un contexte de soins intensifs. Plus de 180 personnes dans l'ensemble du Sud-Ouest de l'Ontario vivent maintenant à domicile ou dans leur collectivité, ce qui améliore grandement leur qualité de vie et libère aussi des places de soins pour malades en phase critique.

Le projet de ventilation artificielle de longue durée était conçu pour permettre à des personnes exigeant une ventilation de longue durée d'obtenir des soins de qualité, sécuritaires et appropriés. Cela se fait grâce au dévouement de professionnels des soins de santé (des hôpitaux jusqu'à la collectivité) qui travaillent en étroite collaboration et grâce à la création de partenariats et à l'élimination des cloisonnements entre les fournisseurs de soins. Les clients de ventilation artificielle de longue durée ont besoin d'un soutien considérable comme patients externes ainsi que de partenaires qui possèdent les ressources appropriées, dans la collectivité.

L'équipe du projet est en train de créer un système interdisciplinaire régional à l'intention de ces patients. Elle est en train de mettre au point des normes pour éclaircir les rôles et les responsabilités, pour assurer une communication claire et pour créer de sérieuses stratégies d'éducation à l'intention des fournisseurs de soins et des patients. Un autre aspect du projet mettait en cause une initiative d'amélioration de la qualité grâce à laquelle nous avons pu simplifier le processus permettant de sortir des soins en phase critique les patients ayant besoin de ventilation artificielle de longue durée, pour les amener dans des contextes plus appropriés (comme celui des soins continus complexes chez Parkwood).

Mise à jour sur la stratégie Vieillir chez soi

La stratégie Vieillir chez soi est conçue pour nous aider à apparier les besoins des personnes âgées et de leurs soignants d'une part, aux services de soutien locaux appropriés et à éviter la perte inutile d'autonomie attribuable à l'admission prématurée aux foyers de soins de longue durée ou dans les hôpitaux, d'autre part. La stratégie Vieillir chez soi est d'une importance cruciale tant à cause du potentiel qu'elle offre d'améliorer la vie de personnes âgées de l'Ontario, en leur permettant de vivre de façon autonome et en santé dans leur domicile, que parce qu'elle va nous aider à assurer la viabilité du système de soins de santé dans son ensemble.

Le RLISS du Sud-Ouest a reçu le financement suivant quant à Vieillir chez soi, réparti sur trois ans :

- 2008-2009 (année un) : 7 M de $;
- 2009-2010 (année deux) : 17,4 M de $ (augmentation de 10,4 M de $);
- 2010-2011 (année trois) : 27,5 M de $ (augmentation de 10,1 M de $).

Les années un et deux de la *stratégie Vieillir chez soi du RLISS du Sud-Ouest* ont permis d'approuver la mise en œuvre de 27 projets. En 2010-2011, le personnel du RLISS a examiné les rapports de rendement trimestriels pour s'assurer que les projets respectaient leurs indicateurs et leurs jalons de rendement, en plus de rendre compte de leurs composantes financières.

Durant sa troisième année, la *stratégie Vieillir chez soi* a évolué par rapport à son objectif initial. En effet, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée en a modifié la priorité, de faire en sorte que les personnes âgées vivent de façon autonome dans leur propre domicile qu'elle était, pour passer à un programme qui cherche à réduire le nombre de patients en attente d'autres niveaux de soins (ANS), dans les hôpitaux. L'évolution de la stratégie vise à aider à aborder les pressions considérables auxquelles sont soumis les hôpitaux en matière d'acheminement des patients, de capacité et de temps d'attente dans les services des urgences.

Les cinq projets financés durant l'année trois comprennent les suivants.

1. Le RLISS du Sud-Ouest a lancé un projet pilote pour comprendre des façons dont les fournisseurs de soins, entre secteurs, pourraient mieux recenser et aider les personnes âgées vivant à domicile qui risquent davantage que les autres d'effectuer des visites évitables aux services des urgences ou d'être hospitalisées. Les connaissances acquises grâce à ce projet pilote tenu à London sont considérables; un total de 46 personnes âgées de 75 ans ou plus ont été recensées durant un séjour à l'hôpital comme étant à risque lorsqu'elles obtiendraient leur congé et retourneraient à domicile et elles ont participé au projet des personnes âgées à haut risque.

   En plus des services de gestion des cas graves, par l'entremise du Centre d'accès aux soins communautaires du Sud-Ouest, les clients ont également reçu à domicile la visite d'une infirmière praticienne qui s'est occupée de leurs besoins médicaux, a effectué le rapprochement entre leurs médicaments et a veillé à ce que ces derniers soient utilisés de façon appropriée, en particulier au retour à la maison après l'hospitalisation. Les clients recevaient également jusqu'à quatre visites par jour de la part d'une préposée aux soins personnels et ils avaient accès à un numéro de téléavertisseur fonctionnant 24 heures sur 24 en cas d'urgence (à utiliser en cas d'incontinence, de chute, etc.), dans le cadre de mesures de soutien améliorées quant aux activités de la vie quotidienne. Le programme permet non seulement d'offrir du soutien aux personnes âgées dans leur domicile, mais il réduit aussi le risque qu'elles soient admises à l'hôpital ou nécessitent une admission prématurée à un foyer de soins de longue durée. Dorénavant, les réussites et les leçons apprises du projet pilote de London seront incorporées à la stratégie Accès aux soins du RLISS du Sud-Ouest.

2. L'amélioration des services et des mesures de soutien à l'intention des autochtones âgés – Nous savons que comparativement à la population en général, les personnes âgées autochtones font face à de sérieuses lacunes et obtiennent de moins bons résultats en matière de santé. Elles ont un taux plus élevé d'états pathologiques chroniques et de handicaps que les autres Canadiens du même âge et elles ont également un accès limité aux services de soins de santé primaires. Beaucoup d'autochtones âgés de 45 ans ou plus ont vécu des préjugés culturels et de la discrimination dans leurs interactions avec les services de soins de santé fondés sur le modèle occidental et ils veulent revenir à leurs façons traditionnelles d'autogouvernance et d'administration des programmes de soins de santé. Le RLISS du Sud-Ouest reconnaît le besoin d'offrir, aux personnes âgées autochtones, des services de soins de santé qui soient sécuritaires et appropriés au point de vue culturel, en vue d'appuyer la gestion des états pathologiques chroniques, de prévenir les délais pour ce qui est de demander des soins, de prévenir les complications et de réduire le recours à des services de soins de santé coûteux.

   Grâce au leadership offert par le comité des autochtones du RLISS du Sud-Ouest, nous sommes en train de créer une stratégie sensible à la collectivité et sécuritaire au point de vue culturel pour mettre en oeuvre, coordonner, intégrer et élaborer de façon continue des ressources et des services de soins de santé axés sur la collectivité; cela permettra de desservir les personnes âgées autochtones aux prises avec des problèmes de santé complexes qui risquent l'hospitalisation et/ou le placement en établissement de soins de longue durée. Financé par le biais de l'initiative Vieillir chez soi du RLISS du Sud-Ouest, le projet compte trois objectifs clés :

   a) accroître les possibilités d'intégration de pratiques sécuritaires au point de vue culturel dans l'ensemble des services de soins de santé qui desservent les résidents autochtones du RLISS du Sud-Ouest;
   b) assurer la prestation de services efficaces et appropriés au point de vue culturel aux personnes âgées autochtones;
   c) élargir les services et les mesures de soutien à l'intention des personnes âgées autochtones pour les aider à vivre à domicile.

3. Projet de soutien en matière de comportement à l'intention des personnes âgées qui éprouvent des défis de comportement – Dans l'ensemble de la province, le nombre de résidents qui vivent dans des foyers de soins de longue durée et qui ont un comportement potentiellement instable et agressif est à la hausse. Cela est attribuable à un certain nombre de facteurs dont le vieillissement de la population, lequel s'accompagne d'une incidence accrue de la maladie d'Alzheimer, de démences connexes et de maladies mentales. Pour aider à rehausser la qualité de la vie de ces résidents et des gens qui habitent leur propre domicile, cinq équipes d'intervention relative à la santé mentale des personnes âgées vont travailler à l'échelle du RLISS, au sein de coopératives de soins gériatriques desservant des secteurs géographiques particuliers; cela nous permettra de mieux répondre aux besoins de ces gens, que ce soit dans des foyers de soins de longue durée ou dans la collectivité.

   Cette initiative se concentre sur les personnes âgées ayant plus de 65 ans qui présentent de sérieux troubles aux points de vue émotif, cognitif ou du comportement, lesquels nuisent à leur capacité de vivre de façon autonome ou influent gravement sur leur sentiment de bien-être et leurs rapports avec autrui. Elle suppose l'élaboration d'un modèle de soins, l'établissement de protocoles entre les contextes tertiaire, de l'annexe 1, des foyers de soins de longue durée et des organismes communautaires, la création d'un cadre d'évaluation ainsi que l'installation et l'utilisation de matériel de télémédecine qui améliorera les interventions cliniques.

4. Stratégie d'autogestion du Sud-Ouest (groupe de soutien par les pairs en matière de gestion et de prévention des maladies chroniques [*Chronic Disease Prevention and Management Peer Support, Caregiver Support and Self-Management Tools*]) – Le RLISS du Sud-Ouest a lancé un programme qui se concentre sur le fait d'aider les fournisseurs de services de santé de la région à

accroître leur ensemble de compétences, de façon à pouvoir habiliter leurs patients atteints d'une maladie chronique ou plus à gérer eux-mêmes leur état. Des accompagnateurs ont été formés, à l'échelle du RLISS, et de nombreuses personnes participent à des ateliers où elles acquièrent les compétences et les connaissances dont elles ont besoin pour mieux prendre soin d'elles-mêmes.

Le travail se poursuit pour ce qui est d'améliorer l'accès aux services relatifs aux maladies chroniques du rein (dialyse rénale), par le biais d'emplacements satellites du Programme rénal régional de London et par le recours à la dialyse péritonéale, chez certains foyers de soins de longue durée du Sud-Ouest.

5. Programme d'amélioration de qualité et de processus :
    - premier rapport (sur les jalons seulement) devant être déposé le 7 juin 2011;
    - divulgation quant aux indicateurs attendue à mesure que les projets particuliers commencent.

L'équipe de la stratégie Vieillir chez soi du RLISS du Sud-Ouest est sûre que les programmes existants de Vieillir chez soi ont influé sur les trois domaines de rendement, le long du continuum de soins, soit sur « la prévention et la promotion », « les soins actifs » et « le rétablissement et le maintien ». Tous les programmes offrent les services prévus et, dans certains cas, ils présentent une possibilité d'élargissement à d'autres régions géographiques du RLISS (ex. : prévention des chutes) ou même à d'autres RLISS (ex. : réadaptation communautaire par suite d'accident vasculaire cérébral).

Initiatives de cybersanté chez le RLISS du Sud-Ouest

Une nouvelle direction a aidé à propulser les initiatives de cybersanté du RLISS du Sud-Ouest vers de nouveaux sommets, tout au long de 2010 et au début de 2011, alors que les technologies cliniques et de l'information jouaient un rôle de plus en plus important dans la qualité des soins offerts aux patients.

Le directeur général de l'information du RLISS du Sud-Ouest s'est joint au RLISS au milieu de l'année; il s'est immédiatement attaqué à la tâche de créer et de mettre en œuvre un plan stratégique commun de cybersanté à l'échelle du RLISS, pour aider les professionnels de la médecine à concentrer leurs investissements en cybersanté sur les technologies cliniques et de l'information qui rapporteront le plus.

Ce plan, approuvé par le conseil d'administration en décembre 2010,fut créer suite à plusieurs consultations ciblées; il est aligné sur le Plan de services de santé intégrés (PSSI) et sur le Plan directeur de conception du système de santé – Vision 2022, ainsi que la Stratégie provinciale sur la cybersanté.

Le projet du système d'interface entre les cabinets des médecins et les dossiers médicaux électroniques régionaux du Sud-Ouest (SPIRE) est une de ces technologies. Ce projet a grandi à pas de géant cette dernière année et plus de 350 médecins y participaient à la fin de l'exercice financier, en faisant l'un des projets de cybersanté les plus réussis de la province. SPIRE procure une interface électronique sécurisée entre les dossiers médicaux électroniques sur les patients que détiennent les hôpitaux, d'une part, et les cabinets régionaux des médecins participants, d'autre part; il permet aux médecins de gagner du temps et d'économiser de l'argent tout en améliorant la qualité des soins offerts aux patients.

eShift, un projet du centre d'accès aux soins communautaires (CASC) qui fait appel à la technologie pour élargir la portée des services de soins de santé et du personnel et pour mieux utiliser l'argent, est une autre de ces technologies. Fonctionnant à partir d'un téléphone Web, cette initiative met en communication une infirmière et un travailleur de soutien personnel possédant des compétences améliorées qui offre des soins à domicile durant la nuit, à des clients ayant des besoins complexes en matière de soins de santé. Ce qui a commencé comme un projet pilote au domicile d'enfants à la santé frêle s'est élargi pour inclure des patients de soins palliatifs, jusqu'aux confins du comté de Grey.

Nous devrions particulièrement mentionner l'achèvement du Réseau électronique pour l'imagerie diagnostique du Sud-Ouest de l'Ontario, lequel permet d'accéder à des images diagnostiques sans pellicule dont les radiographies, les tomographies et l'IRM provenant de n'importe quel établissement de soins actifs, dans les secteurs des RLISS d'Érié St-Clair et du Sud-Ouest. Nous préparons également l'intégration des hôpitaux des RLISS de Waterloo-Wellington et de Hamilton-Niagara-Haldimand-Brant; une fois terminé, le réseau gérera plus de trois millions d'examens par année et permettra au système de soins de santé d'économiser jusqu'à un milliard de dollars par année.

En regardant vers l'avenir, nous voyons que le RLISS du Sud-Ouest (encore une fois en collaboration avec les RLISS de Waterloo-Wellington, d'Érié St. Clair et de Hamilton-Niagara-Haldimand-Brant) en est au stade initial de la planification du projet Interconnexion Sud-Ouest de l'Ontario, en vue de créer une plateforme solide, échelonnable, réutilisable et axée sur des normes qui permettra d'effectuer des échanges intégrés de données. Bien qu'il n'en soit qu'à ses débuts, le projet Interconnexion Sud-Ouest de l'Ontario va mener à la création des dossiers de santé électroniques intégrés, à l'échelle provinciale.

Activités de participation communautaire

Cette dernière année, le RLISS du Sud-Ouest s'est efforcé d'atteindre cinq objectifs, au niveau du système : une collectivité du RLISS du Sud-Ouest en meilleure santé; un accès équitable aux services; la qualité des soins et des services; l'intégration de la prestation des soins de santé; la viabilité du système de soins de santé local du Sud-Ouest. Le Plan directeur – Vision 2022 et le Plan d'intégration des services de santé de 2010-2013 se fondent sur ces objectifs ainsi que sur la vision, la mission et les valeurs du RLISS. Le RLISS du Sud-Ouest travaille en collaboration avec des partenaires du système de soins de santé pour mettre en œuvre les mesures qui vont permettre de créer un système de soins de santé intégré, où des soins de qualité seront offerts aussi près que possible du domicile.

La prestation de soins de qualité, dans un contexte dynamique et en évolution constante, se produira si nous travaillons ensemble à changer le système. Des partenaires du système de soins de santé sont en train de bâtir un système de soins de santé où les programmes et les services fonctionnent ensemble, où les personnes et les membres de leur famille peuvent avoir accès aux soins dont ils ont besoin, quand ils en ont besoin. Nous sommes en train de placer les patients et les clients au cœur du système, de combler les lacunes entre les services et d'éliminer les dédoublements.

Le RLISS du Sud-Ouest est chargé de mobiliser les fournisseurs de soins de santé, les consommateurs, les bénévoles et le public quant au travail qui nous attend. Grâce à ces activités de mobilisation, les RLISS et les fournisseurs de services de santé peuvent recueillir et échanger de l'information avec leur collectivité et leurs intervenants.

Le RLISS du Sud-Ouest continue d'élaborer ses plans et ses activités de mobilisation communautaires en fonction du modèle de l'Association internationale pour la participation publique (IAP2). Misant sur ce modèle, nous avons créé et publié les Lignes directrices et trousse du RLISS sur la participation communautaire, en février 2011. Ces directives servent de complément à la mobilisation communautaire que le RLISS du Sud-Ouest a déjà entreprise et elles vont faire progresser la responsabilisation et la transparence du RLISS.

Cette dernière année, le RLISS du Sud-Ouest a tenu un certain nombre d'activités de mobilisation qui ont inclus des séances tant ciblées et portant sur des sujets précis, que des occasions de participation courantes et régulières qui s'harmonisaient avec nos objectifs relatifs au système de soins de santé.

Mobilisation ciblée

Webémissions sur le *CAPS, l'ERS-M et l'ERS-H* : Nous avons diffusé quatre webémissions en janvier et en février 2011, pour informer nos fournisseurs de services de santé de la collectivité et des hôpitaux quant aux processus se rapportant à l'Outil de planification pour la responsabilité des organismes communautaires de 2011-2014 (CAPS), à l'Entente de responsabilisation en matière de services multisectoriels (ERS-M) et à la modification (prolongation) de l'Entente de responsabilisation en matière de services hospitaliers (ERS-H) de 2008-2012; ces webémissions visaient aussi à fournir de la formation et à inviter les gens à soumettre des commentaires et des suggestions d'amélioration du processus de planification. Après les webémissions, les fournisseurs ont rempli les propositions requises et toutes les ententes ont été renouvelées. Le processus de chaque proposition a été modifié en fonction de la rétroaction obtenue. Les fournisseurs de services de santé de la collectivité et des hôpitaux vont dorénavant participer à des activités de gestion du rendement.

Séance de mobilisation régionale portant sur Vie et membre : politique de non-refus : Avant de donner le coup d'envoi de cette politique, nous avons tenu un atelier, en février 2011, pour informer les intervenants et donner l'occasion de discuter des conséquences qu'aurait la mise en œuvre de Vie et membre : politique de non-refus, à travers le RLISS du Sud-Ouest. Les hôpitaux fournisseurs, lesquels seront chargés de mettre en application la politique sur le terrain, ont offert de la rétroaction et nous ont aidés à comprendre les domaines de préoccupation

et les exigences de communication, pour veiller à ce que la mise en œuvre réussisse.

Orthopédie : Cette dernière année, les directeurs généraux des hôpitaux, les chirurgiens orthopédistes et les médecins de famille ont eu plusieurs occasions de participer (ex. : groupes de consultation, entretiens particuliers, sondages). La plupart de ces possibilités tournaient autour de questions relatives à l'accès à l'arthroplastie du genou et de la hanche, y compris le meilleur moment d'acheminer un patient vers une consultation orthopédique et la façon d'améliorer nos temps d'attente de chirurgie à l'égard des personnes s'étant fracturé une hanche. Lors du Forum de leaders des hôpitaux et du CASC du RLISS du Sud-Ouest, les leaders ont déterminé que l'amélioration de l'accès aux chirurgies urgentes, en cas de fracture de la hanche, constitue une priorité. Cela a mené au financement d'un projet d'amélioration à l'échelle du RLISS devant nous permettre d'atteindre l'objectif provincial d'accès en 48 heures ou moins.

Participation soutenue

Le RLISS du Sud-Ouest croit qu'une véritable participation est soutenue, régulière et significative. Chaque réunion, chaque événement communautaire et chaque conversation sont des occasions de faire participer nos intervenants.

Nous informons les fournisseurs de soins de santé et le public de nos possibilités de participation et nous les invitons à nous soumettre des commentaires et de la rétroaction en utilisant divers moyens, dont les médias sociaux. Depuis 2010, le RLISS du Sud-Ouest est présent sur YouTube, Twitter, Facebook et Linked In, ces avenues ayant toutes fourni des occasions soutenues de participation.

Cette année encore, nous avons travaillé en partenariat avec la Ontario Medical Association pour tenir *trois ateliers de mobilisation des médecins*, soit un dans chacune des trois régions géographiques de planification du RLISS du Sud-Ouest. Les séances visaient les objectifs suivants :

- mettre les médecins à jour quant aux activités du RLISS du Sud-Ouest;
- obtenir des conseils de la part des médecins quant aux priorités clés du Sud-Ouest;
- permettre aux médecins de se renseigner sur les changements qu'on propose d'apporter au système de soins de santé, de déterminer les processus qui vont les toucher et de discuter du rôle de direction que ces derniers devront jouer, en ce qui concerne les changements à apporter au système.

Les participants ont assisté à la séance plénière portant sur « les soins de qualité et la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous* », où le D[r] Ben Chan (directeur général, Conseil ontarien de la qualité des services de santé) ou le D[r] Anne DuVall (présidente, Ontario College of Family Physicians) ont prononcé les discours-programmes traitant de la concentration sur l'amélioration de la qualité comme moyen d'habiliter la transformation du système de soins de santé et du contexte provincial en ce qui concerne la qualité et les conséquences et/ou rôles possibles pour les médecins.
L'atelier comprenait aussi les séances simultanées suivantes :

- « Ce que vous pouvez faire pour influer sur le programme de qualité de votre hôpital » : Les membres de la tribune, dont un président de conseil d'hôpital, un directeur général d'hôpital et un médecin-chef de la localité, ont exprimé leur point de vue quant à la *Loi sur l'excellence des soins pour tous* et quant à la possibilité qu'auront les médecins d'influer sur la qualité, au sein des hôpitaux et à travers le système de soins de santé;
- « Accès centralisé : bon pour les patients, bon pour les médecins? » : Cette séance a permis d'examiner les questions de l'accès et des temps d'attente en illustrant certaines des activités qui ont été entreprises au sein de notre RLISS et les conséquences qu'ont ces activités sur les médecins et leurs patients;
- « La cybersanté en tant qu'outil habilitant » : Cette séance a permis de décrire et d'examiner la Stratégie de cybersanté du RLISS du Sud-Ouest, les projets actuels de cybersanté, les futures possibilités de financement et les conséquences pour les médecins de soins primaires.

La participation s'est avérée bonne à chaque séance et l'évaluation des séances a généralement été favorable. La majorité (76 pour 100) des répondants étaient satisfaits ou très satisfaits de l'événement.

En plus de nos ateliers annuels pour médecins du RLISS-OMA, nous avons interagi avec des médecins et d'autres professionnels des soins de la santé quant à plusieurs nouvelles activités.

Le *Réseau de soins primaires et de cancer du Sud-Ouest* compte huit médecins de soins primaires et une infirmière praticienne; il se réunit environ huit fois par année pour discuter de diverses questions et initiatives qui touchent les praticiens des soins primaires et les patients. En plus d'assister régulièrement aux réunions du réseau et de fournir des mises à jour, le personnel du RLISS du Sud-Ouest a obtenu de la rétroaction quant aux points suivants, en janvier :

- activités tenues à travers le secteur du RLISS du Sud-Ouest pour améliorer les soins offerts aux diabétiques, comme le Registre des cas de diabète et le Centre de coordination régionale;
- une mise à jour quant aux *Partnerships for Health* (partenariats pour la santé) et aux plans d'élargissement et de viabilité;
- la formule d'acheminement quant aux hanches et aux genoux.

Interaction avec les collectivités autochtones et francophones

Interaction avec les autochtones

Une interaction considérable a eu lieu avec les autochtones, en 2010-2011. L'année a commencé par la troisième réunion annuelle du RLISS du Sud-Ouest, le 8 avril. Grâce à tout près de cent personnes inscrites, les Premières nations, les centres d'accès aux soins de santé autochtones, les centres d'accueil pour les Indiens, les pavillons de guérison et les centres de traitement autochtones étaient représentés. Les participants incluaient aussi des fournisseurs de soins de santé ordinaires, dont des hôpitaux et des centres de santé communautaires.

Un des principaux résultats de la rencontre a été l'élaboration d'une stratégie de sécurisation culturelle, dont la production d'un manuel sur la sécurisation culturelle intitulé *Aboriginal Cross Cultural Reference for Service Providers*. Ce manuel renferme des outils et des ressources qui permettent d'aider les fournisseurs de soins de santé à offrir des soins qui conviennent à la collectivité autochtone, du point de vue culturel. Le RLISS du Sud-Ouest a également financé le poste de formateur en sécurisation culturelle, à l'intention du programme *Supporting Aboriginal Seniors at Home* (SASH) (soutien des autochtones vivant à domicile), dont le rôle consiste à élaborer et à offrir des ateliers et des trousses de renseignements qui vont éduquer les fournisseurs de soins de santé communautaires au sujet de la culture et des pratiques de guérison autochtones traditionnelles, d'un bout à l'autre de la région du Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Ouest.

Le RLISS du Sud-Ouest est un membre actif du comité des autochtones, dont le mandat définit les activités suivantes :

- dialoguer, conseiller et travailler en partenariat avec des organismes membres et autres organismes appropriés pour recenser les besoins et offrir respectivement de l'expertise et des ressources à des initiatives conjointes, pour aborder ces besoins;
- conseiller le personnel du RLISS en ce qui concerne les problèmes et les solutions communautaires;
- coordonner les choses avec d'autres groupes consultatifs et de travail pour veiller à ce que la haute direction du RLISS soit consciente des points de vue, des problèmes et des initiatives qui sont propres aux collectivités autochtones de la région;
- promouvoir des rencontres et y participer pour échanger de l'information, discuter de problèmes et d'idées en compagnie de citoyens autochtones, de leurs collectivités et de leurs organismes de services;
- faciliter la participation de représentants autochtones appropriés au sein de divers comités, tel que demandé.

Le comité des autochtones du RLISS du Sud-Ouest s'est réuni six fois, cette dernière année. On a aussi attribué du financement relatif à la stratégie Vieillir chez soi, pour appuyer l'offre de services améliorés à l'intention des collectivités autochtones, en se concentrant sur le diabète, les soins de santé primaires et la compétence culturelle.

Interaction avec les Francophones

Le 1er janvier 2010, un nouveau règlement, adopté en vertu de l'article 16 de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*, est entré en vigueur pour favoriser une participation coordonnée et efficace des

collectivités francophones, en ce qui concerne les questions des Services de santé en français. Ce règlement décrit en gros comment le ministère a choisi des entités de planification des services de santé en français qui travailleront en collaboration avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS). La ministre de la Santé et des Soins de longue durée a nommé le RLISS du Sud-Ouest entité de planification, le 15 décembre 2010. Les entités vont conseiller les RLISS dans les domaines suivants :

- modes d'interaction avec la collectivité francophone de la région;
- les besoins et les priorités en matière de santé de la collectivité francophone de la région, y compris les besoins et les priorités de groupes variés, au sein de cette collectivité;
- les services de santé qui sont offerts à la collectivité francophone de la région;
- le recensement et la désignation des fournisseurs de services de santé quant à la prestation des services de santé en français dans la région;
- des stratégies visant à améliorer l'accès aux services de santé en français ainsi que leur accessibilité et leur intégration au système de santé local;
- la planification et l'intégration des services de santé dans la région.

Les RLISS de tous les coins de la province ont également pris des mesures pour embaucher un coordonnateur ou une coordonnatrice des services en français, qui assurera la liaison entre le RLISS et les collectivités francophones et qui collaborera avec les entités de planification. À la fin de l'exercice financier 2010-2011, le RLISS du Sud-Ouest est en voie de recruter un coordonnateur ou une coordonnatrice des services de santé en français et il prévoit achever le processus d'embauche au début du printemps 2011.

Activités d'intégration

La *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* (la *Loi*) a été adoptée pour :

« prévoir un système de santé intégré afin d'améliorer la santé de la population ontarienne grâce à un meilleur accès à des services de santé de grande qualité, à des soins de santé coordonnés entre les systèmes de santé locaux et à l'échelle de la province et à une gestion efficace et efficiente du système de santé à l'échelon local par le biais de réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS). »

La *Loi* oblige les RLISS *et* les fournisseurs de services de santé à recenser des possibilités d'intégrer les services grâce à une vaste gamme d'activités dont la coordination, le travail en partenariat et le transfert ou la fusion de services. On trouvera ci-dessous les intégrations de services qui ont été entreprises ou entièrement mises en œuvre dans le secteur du RLISS du Sud-Ouest, en 2010-2011.

Fermeture du service d'approvisionnement et de stérilisation central
Partenaires d'intégration : Listowel Wingham Hospital Alliance – Le service de stérilisation nouvellement construit, à l'emplacement de Listowel, respecte toutes les normes nécessaires et assure maintenant la stérilisation quant à l'emplacement de Wingham. Cette intégration, dont la mise en œuvre s'est terminée le 1er novembre 2010, a entraîné la mise en disponibilité d'un employé, mais elle valait mieux pour la sécurité des patients et le respect des normes nécessaires.

Unification des services communautaires de Huron-Perth
Partenaires d'intégration : Town and Country Support Services, Midwestern Adult Day Services, Stratford Meals on Wheels and Neighbourly Services – Ces trois organismes de services de soutien communautaires ont proposé de s'unir pour former une seule entité, à compter du 1er janvier 2011. L'intégration s'est effectuée et, depuis le 1er janvier 2011, l'organisme s'appelle officiellement « ONE CARE Home and Community Support Services ».

Transfert d'étape 2 des services de santé mentale spécialisés depuis St. Joseph's Health Care, London, jusqu'à l'Hôpital Grand River
Partenaires d'intégration : St. Joseph's Health Care, London (SJHC) et l'Hôpital Grand River – Cette intégration se rapportait au transfert de 50 lits, d'une Équipe de traitement communautaire dynamique (ETCD) et d'une équipe de transition depuis St. Joseph's Health Care jusqu'à l'Hôpital Grand River. Ce transfert représentait la première phase d'un transfert multiple de places de traitement psychiatrique entre quatre RLISS (Érié-St. Clair, Sud-Ouest, Waterloo-Wellington et Hamilton-Niagara-Haldimand-Brant). Il s'est terminé en décembre 2010.

Huron Addiction Services et Choices for Change
Partenaires d'intégration : Choices for Change (CFC) Alcohol, Drug & Gambling Counseling Centre et Huron Addiction Services (HAS), de la circonscription sanitaire du comté de Huron – Lors de sa réunion du 14 juillet, le conseil d'administration de Choices for Change a accepté d'aller de l'avant et d'intégrer Huron Addiction Services à ses activités. CFC a par la suite soumis au RLISS du Sud-Ouest une proposition de financement d'intégration et une demande d'aide financière non renouvelable devant l'aider à réaliser l'intégration. Cette dernière a été mise en œuvre et CFC offre maintenant des services de lutte contre la toxicomanie dans le comté de Huron. L'ERS-M

conclue avec HAS s'est donc terminée le 31 décembre 2010, le financement accordé à HAS a cessé à la même date et celui attribué à CFC a commencé le 1er janvier 2011.

L'Alliance des soins de santé de Huron-Perth, Vision 2013
Partenaires d'intégration : Huron Perth Hospital Alliance (HPHA)

En 2010, Huron Perth Hospital Alliance a entamé le processus de mise en œuvre de sa vision des services de santé qui permettra d'assurer la viabilité des soins offerts à l'hôpital à l'intention des résidents de sa circonscription hospitalière. La Vision 2013 de la HPHA compte trois principales composantes :

1. créer une masse critique en redistribuant les lits : cela vise à améliorer l'accès aux places de soins médicaux et chirurgicaux; Vision 2013 inclut un plan de redistribution des genres de lits entre les quatre emplacements;
2. harmoniser les services : pour faciliter le recrutement et la rétention ainsi que de veiller à offrir des soins de haute qualité et sans danger, Vision 2013 inclut un plan visant à créer des groupements plus uniformes de patients, chez ses quatre emplacements;
3. régler les heures des SU pour renforcer le système des soins dans les SU : cela vise à accroître le recrutement, à stabiliser la rétention et à réduire le risque de fermeture imprévue des SU à cause d'un manque de médecins ou d'infirmières; le plan Vision 2013 de la HPHA comprend deux SU ouverts 24 heures par jour, 7 jours sur 7, et deux SU ouverts 16 heures par jour, 7 jours sur 7, aux quatre emplacements.

Cette intégration a été soumise au conseil d'administration du RLISS du Sud-Ouest pour fins d'examen officiel, le 24 novembre 2010; la mise en œuvre se fera tout au long de l'exercice financier 2011-2012.

Directeur régional des services pharmaceutiques
Partenaires d'intégration : Huron Perth Hospital Alliance (HPHA) et l'Hôpital Alexandra Marine and General – Le 27 octobre 2010, la Huron Perth Hospital Alliance et l'Hôpital Alexandra Marine and General ont soumis une demande d'intégration au RLISS du Sud-Ouest, pour recruter conjointement un directeur régional des services pharmaceutiques. Les membres du personnel seront toujours des employés de leur organisme respectif et le directeur sera un employé de la HPHA, bien que responsable envers les deux organismes, ces derniers étant des partenaires égaux. La motivation quant à la création d'un poste de directeur régional consiste à fournir la vision et la gestion stratégique quant à l'élaboration, à la coordination et à la prestation d'un programme pharmaceutique qui soit efficace et rentable, qui regroupe de multiples organismes et englobe de multiples emplacements.

Centre d'aide et d'écoute de l'ACSM et de London et du district
Partenaires d'intégration : le London Mental Health Crisis Services Program (programme de services d'intervention en cas de détresse mentale de London) de l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM-LMHCS) et le Centre d'aide et d'écoute de London et du district (LDDC) – L'objectif fondamental de ce partenariat de collaboration consiste à mieux servir les habitants de la collectivité de London qui traversent une crise de santé mentale. Cela se fera grâce au fait que le centre LDDC répondra à tous les appels de détresse que recevra le LMHCS, triera les appels et acheminera vers le LMHCS ceux qui exigent une intervention face-à-face. Cette intégration, laquelle devrait être mise en œuvre en 2011-2012, permettra au LMHCS d'élargir les services d'intervention d'urgence sans exiger de

financement supplémentaire de la part du RLISS, même en tenant compte des coûts administratifs que le LDDC encourra en offrant ce service.

Achèvement du parcours de restructuration des soins actifs à London (jalon deux, phases deux et trois)
Partenaires d'intégration : London Health Sciences Centre (LHSC) et St. Joseph's Health Care, London (SJHC) – Cette intégration se fondait sur le rapport que la Commission de restructuration des services de santé (CRSS) a soumis aux hôpitaux de London, en 1997. Le jalon deux compte trois phases.

La phase 1 est terminée. Elle comprenait :

- 42 déménagements à l'intérieur même des hôpitaux;
- 23 transferts de programmes cliniques entre le LHSC et le SJHC, de 1998 à 2005;
- la consolidation des services des urgences;
- l'ouverture du centre de soins d'urgence et le déménagement des soins significatifs pour patients hospitalisés depuis l'hôpital de la rue South, le LHSC et SJCH jusqu'à l'hôpital Victoria;
- le transfert de 275 employés au LHSC.

Les phases deux et trois ont été soumises au conseil d'administration du RLISS du Sud-Ouest pour fins d'examen officiel, le 23 février 2011. En 2011-2012, le LHSC et le SJHC, London vont continuer d'aller de l'avant avec les activités des phases deux et trois du jalon deux.

La phase trois du jalon deux marque la fin des projets dirigés par la CRSS. À mesure que les activités relatives à chaque phase progresseront, le RLISS du Sud-Ouest examinera toute proposition de transfert ou d'intégration de services.

Indicateurs de rendement relatifs à l'entente de responsabilisation ministère-RLISS 2010-2011

Indicateur de rendement	Objectif provincial	RLISS du Sud-Ouest : point de départ, 2010-2011	RLISS du Sud-Ouest : objectif de rendement, 2010-2011	RLISS du Sud-Ouest : rendement du plus récent trimestre, 2010-2011	RLISS du Sud-Ouest : rendement annuel, 2010-2011	Ontario : rendement annuel, 2010-2011
90e centile des temps d'attente quant aux chirurgies de cancer	84 jours	91	80	104	93	60
90e centile des temps d'attente quant aux pontages coronariens	182 jours	55	55	46	49	49
90e centile des temps d'attente quant aux chirurgies de la cataracte	182 jours	85	85	99	93	123
90e centile des temps d'attente quant à l'arthroplastie de la hanche	182 jours	151	151	221	186	181
90e centile des temps d'attente quant à l'arthroplastie du genou	182 jours	166	166	209	198	197
90e centile des temps d'attente quant aux diagnostics par IRM	28 jours	107	81	67	67	116
90e centile des temps d'attente quant aux diagnostics par tomographie	28 jours	34	28	28	29	33
Pourcentage du nombre de journées d'attente d'autres niveaux de soins (ANS), par RLISS de l'établissement***	9,46 %	11,59 %	8,80 %	10,32 %	10,67 %	16,24 %
90e centile de la durée de séjour aux SU quant aux patients admis	8 heures	25,40	25,00	30,43	26,42	32,15
90e centile de la durée de séjour aux SU quant aux patients non admis nécessitant des soins complexes (ÉTG I à III)	8 heures	6,30	6,30	6,60	6,45	7,57
90e centile de la durée de séjour aux SU quant aux patients non admis nécessitant des soins légers et non complexes (ÉTG IV et V)	4 heures	4,00	4,00	3,92	3,88	4,38
Visites répétées et imprévues aux services des urgences dans les 30 jours, pour cause d'état mental**	À déterminer	14,80 %	12,50 %	13,98 %	14,85 %	17,50 %
Visites répétées et imprévues aux services des urgences dans les 30 jours, à cause d'abus d'alcool ou d'autres drogues**	À déterminer	22,70 %	19,00 %	25,48 %	28,36 %	27,60 %
Réadmission dans les 30 jours quant à des groupes de cas mixtes choisis**	À déterminer	16,00 %	14,20 %	16,28 %	15,84 %	15,87 %

** L'exercice financier 2010-2011 repose sur les données de seulement deux trimestres (Q1 et Q2 de 2010-2011), pour des raisons de disponibilité.
*** L'exercice financier 2010-2011 repose sur les données de seulement trois trimestres (Q1 à Q3 de 2010-2011), pour des raisons de disponibilité.

Voici plus de détails sur les activités, au sein du RLISS, qui se rapportent aux indicateurs de rendement ci-dessus :

Le RLISS du Sud-Ouest est heureux de plusieurs réalisations en matière de rendement du système, cette dernière année. Nos résultats de rendement de 2010-2011 révèlent de bons progrès dans l'amélioration des temps d'attente, en ce qui concerne les diagnostics et les soins relatifs aux troubles cardiaques. Travaillant aux côtés de nos fournisseurs partenaires, nous avons pu maintenir le rendement quant à l'acheminement des patients au sein du système, comme le démontrent les temps d'attente dans les salles des urgences et les transitions vers des contextes de soins de rechange appropriés.

L'amélioration des transitions entre les points de services à l'intention des patients est restée au cœur du travail que nous avons effectué avec nos partenaires, cette dernière année. Ainsi, nos emplacements d'hôpitaux et le Centre d'accès aux soins communautaires ont obtenu un franc succès pour ce qui est d'améliorer l'accès, pour les patients, à des soins de qualité et de veiller à ce qu'on améliore les transitions entre les contextes de soins grâce à l'adoption du protocole de *numéro unique* à l'échelle du RLISS, lequel se concentre sur la communication en temps opportun avec les hôpitaux qui effectuent les acheminements, pour permettre un accès à des soins de qualité présentant moins de coupures. Le protocole aide aussi à maintenir une répartition appropriée des services dans l'ensemble du RLISS, en maximisant les ressources humaines et en veillant à ce que les gens obtiennent les soins aussi près que possible de leur domicile.

Pour mieux comprendre les besoins en matière de soins qu'ont les patients en attente d'autres niveaux de soins (ANS) (les personnes qui n'exigent plus de soins actifs, mais qui sont toujours hospitalisées) qui passent plus de 40 jours à attendre à l'hôpital, le RLISS du Sud-Ouest a commandé une étude détaillée de chaque patient faisant un séjour prolongé. L'examen a suscité une réduction immédiate de 17 pour 100 du nombre de ces patients et une réduction globale du nombre de patients en attente d'ANS de 42 pour 100. Cette étude s'est avérée une réussite en ce qu'elle a permis à des patients qui pouvaient obtenir leur congé de bénéficier des mesures de soutien nécessaires, d'en reclasser d'autres et de promouvoir des changements en matière de politiques et de marches à suivre. Les efforts visant à faire en sorte que davantage de gens obtiennent leur congé ainsi que les mesures de soutien requises se poursuivent.

Le RLISS du Sud-Ouest et les partenaires fournisseurs ont encore du travail à faire. Les temps d'attente quant aux arthroplasties totales de la hanche et du genou ont changé de direction par rapport à la tendance précédente.

Les temps d'attente quant aux chirurgies de cancer restent élevés. Plus de 75 pour 100 des chirurgies de cancer s'effectuent dans les hôpitaux de London. Nous avons lancé un plan concentré pour cibler les cas « d'attente prolongée », pour parfaire et mettre en œuvre des modèles de mise en file d'attente des patients et pour repenser les processus d'accès aux spécialistes. Nous sommes aussi en train d'examiner un plan de distribution révisé des cas de chirurgie, pour veiller à ce que d'autres emplacements d'hôpitaux, pouvant effectuer des chirurgies, fassent partie de la solution. Le RLISS et les fournisseurs partenaires sont déterminés à améliorer le rendement et à réduire les temps d'attente, pour veiller à ce que les gens aient accès aux soins en temps opportun.

L'autre domaine d'amélioration du rendement a trait aux visites répétées aux salles des urgences qu'effectuent les clients atteints de maladie mentale ou aux prises avec la toxicomanie. Les indicateurs suivent les gens qui retournent à une salle des urgences et soulignent le besoin de faire en sorte que nos fournisseurs partenaires de soins actifs et communautaires suivent une démarche commune et intégrée en matière de prestation des

services. En 2010-2011, le RLISS a lancé un projet de capacité communautaire visant à déterminer des façons d'investir dans de nouveaux services et de reconfigurer des services existants au sein de la collectivité, pour mieux prendre soin des clients aux prises avec des troubles de santé mentale ou de toxicomanie. Les avantages découlant de ce travail vont mettre encore du temps à se réaliser entièrement et tous les partenaires restent déterminés à améliorer la continuité des soins à l'égard de ces clients.

Le RLISS du Sud-Ouest reste décidé à atteindre ses objectifs d'amélioration du rendement, dans le cadre de son plan global consistant à réaliser un système intégré de soins de santé. Bien que nous soyons heureux de nos progrès, nous savons que nous pouvons continuer à réduire les temps d'attente, à rehausser la qualité des soins, à améliorer les transitions entre les contextes de soins et à accroître la satisfaction des patients et/ou des clients.

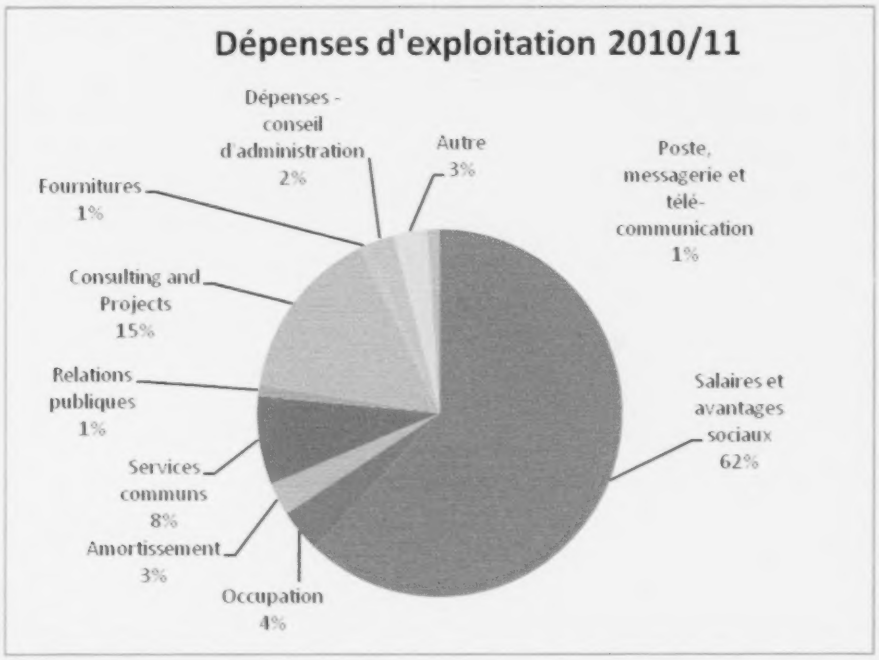
Rendement de l'exploitation

En 2010-2011, le budget d'exploitation du RLISS du Sud-Ouest comptait deux composantes :

5,2 millions de dollars alloués à l'exploitation;
1,2 million de dollars affectés aux projets spéciaux.

Exploitation

Le RLISS du Sud-Ouest a terminé l'exercice en ayant un excédent d'exploitation de 12 095 dollars. Il y avait de légers excédents quant au financement d'autres projets spéciaux. Le tableau ci-dessous montre les dix principales catégories de dépenses du RLISS du Sud-Ouest. Les salaires et avantages sociaux constituent notre plus grande dépense, le nombre d'employés à temps complet atteignant 31 et huit personnes ayant été embauchées de façon contractuelle quant à des projets précis.



Projets spéciaux

Le financement non renouvelable que le RLISS du Sud-Ouest a reçu et les dépenses qu'il a encourues pour entreprendre la planification et l'élaboration de projets spéciaux, durant l'exercice financier 2010-2011, étaient comme suit :

	Financement	**Dépense**
Planification relative aux autochtones	4 702	4 702
Services en français	10 000	9 318
Responsable des soins aux malades en phase critique	75 000	74 643
Cybersanté	940 795	936 039
Responsable des services des urgences	51 817	38 810
Responsable des salles des urgences et des autres niveaux de soins	100 000	97 676
Total	**1 182 314**	**1 161 188**

États financiers du

Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Ouest

31 mars 2011

Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Ouest

31 mars 2011

Table des matières

Rapport de l'auditeur indépendant 1-2

État de la situation financière 3

État des activités financières 4

État de la variation de la dette nette 5

État des flux de trésorerie 6

Notes complémentaires 7-15

Deloitte

Deloitte & Touche s.r.l.
5140 Yonge Street
Suite 1700
Toronto (Ontario) M2N 6L7
Canada

Tél. : 416-601-6150
Téléc. : 416-601-6151
www.deloitte.ca

Rapport de l'auditeur indépendant

À l'intention des membres du conseil d'administration du
Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Ouest

Nous avons effectué l'audit des états financiers ci-joints du Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Ouest, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2011 et les états des activités financières, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice clos à cette date, ainsi qu'un résumé des principales méthodes comptables et d'autres informations explicatives.

Responsabilité de la direction pour les états financiers

La direction est responsable de la préparation et de la présentation fidèle de ces états financiers conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public, ainsi que du contrôle interne qu'elle considère comme nécessaire pour permettre la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers, sur la base de nos audits. Nous avons effectué nos audits selon les normes d'audit généralement reconnues du Canada. Ces normes requièrent que nous nous conformions aux règles de déontologie et que nous planifiions et réalisions les audits de façon à obtenir l'assurance raisonnable que les états financiers ne comportent pas d'anomalies significatives.

Un audit implique la mise en œuvre de procédures en vue de recueillir des éléments probants concernant les montants et les informations fournis dans les états financiers. Le choix des procédures relève du jugement de l'auditeur, et notamment de son évaluation des risques que les états financiers comportent des anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs. Dans l'évaluation de ces risques, l'auditeur prend en considération le contrôle interne de l'entité portant sur la préparation et la présentation fidèle des états financiers afin de concevoir des procédures d'audit appropriées aux circonstances, et non dans le but d'exprimer une opinion sur l'efficacité du contrôle interne de l'entité. Un audit comporte également l'appréciation du caractère approprié des méthodes comptables retenues et du caractère raisonnable des estimations comptables faites par la direction, de même que l'appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

Nous estimons que les éléments probants que nous avons obtenus sont suffisants et appropriés pour fonder notre opinion d'audit.

Opinion

À notre avis, les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Ouest au 31 mars 2011, ainsi que des résultats de ses activités financières, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice clos à cette date selon les normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Deloitte & Touche s.r.l

Comptables agréés
Experts-comptables autorisés
Le 25 mai 2011

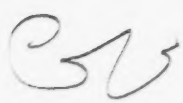
Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Ouest

État de la situation financière
au 31 mars 2011

	2011	2010
	$	$
Actifs financiers		
Trésorerie	**525 094**	705 687
Montant à recevoir du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le « Ministère ») relativement aux fournisseurs de services de santé (note 9)	**37 412 887**	16 382 394
Montant à recevoir du Ministère	**-**	107 000
Montant à recevoir du Bureau des services partagés des RLISS (note 4)	**3 736**	3 343
Montant à recevoir au titre de la TVH	**65 468**	-
Débiteurs	**1 421**	6 368
	38 008 606	17 204 792
Passifs		
Créditeurs et charges à payer	**581 241**	576 742
Montant à verser aux fournisseurs de services de santé (note 9)	**37 412 887**	16 382 394
Montant à verser au Ministère (note 3b)	**28 518**	173 656
Montant à verser au Bureau des services partagés des RLISS (note 4)	**7 631**	-
Produits reportés (note 10f)	**-**	72 000
Apports de capital reportés (note 5)	**409 415**	504 144
	38 439 692	17 708 936
Engagements (note 6)		
Dette nette	**(431 086)**	(504 144)
Actifs non financiers		
Charges payées d'avance	**21 671**	-
Immobilisations (note 7)	**409 415**	504 144
Surplus accumulé	**-**	-

Approuvé par le Conseil

Jeff Low, Président du Conseil d'administration



Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Ouest

État des activités financières
pour l'exercice clos le 31 mars 2011

	2011		2010
	Budget (non audité) (note 8)	Montant réel	Montant réel
	$	$	$
Produits			
Financement fourni par le Ministère			
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé (note 9)	**1 958 148 082**	**2 096 400 627**	1 996 757 391
Activités du RLISS	**5 112 220**	**5 099 732**	4 963 133
Planification autochtone (Aboriginal Planning) (note 10a)	-	**4 702**	35 525
Stratégie sur le diabète (note 10b)	-	-	98 178
Services de cybersanté (note 10c)	**600 000**	**940 795**	549 092
Chef de service des urgences (note 10d)	**75 000**	**51 817**	75 000
Chef de la performance du projet Interventions d'urgence – Autre niveau de soins (« Urgences – ANS ») (note 10e)	-	**100 000**	100 000
Services de santé en français (note 10f)	**72 000**	**10 000**	-
Soins aux malades en phase critique (note 10g)	-	**75 000**	-
Amortissement des apports de capital reportés (note 5)	**149 630**	**149 628**	325 756
	1 964 156 932	**2 102 832 301**	2 002 904 075
Charges			
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé (note 9)	**1 958 148 082**	**2 096 400 627**	1 996 757 391
Frais généraux et administratifs (note 11)	**5 261 850**	**5 237 266**	5 269 071
Planification autochtone (Aboriginal Planning) (note 10a)	-	**4 702**	35 777
Stratégie sur le diabète (note 10b)	-	-	81 042
Services de cybersanté (note 10c)	**600 000**	**936 039**	486 923
Chef de service des urgences (note 10d)	**75 000**	**38 810**	60 356
Chef de la performance du projet Urgences – ANS (note 10e)	-	**97 676**	105 701
Services de santé en français (note 10f)	**72 000**	**9 318**	-
Soins aux malades en phase critique (note 10g)	-	**74 643**	-
	1 964 156 932	**2 102 799 081**	2 002 796 261
Surplus de l'exercice avant le financement remboursable au Ministère	-	**33 220**	107 814
Financement remboursable au Ministère (note 3a)	-	**(33 220)**	(107 814)
Surplus de l'exercice	-	-	-
Surplus accumulé au début	-	-	-
Surplus accumulé à la fin	-	-	-

Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Ouest

État des flux de trésorerie pour l'exercice clos le 31 mars 2011

	2011	2010
	$	$
Exploitation		
Surplus de l'exercice	-	-
Moins : éléments sans effet sur la trésorerie		
Amortissement des immobilisations	**149 628**	325 756
Amortissement des apports de capital reportés (note 5)	**(149 628)**	(325 756)
Variation des éléments hors trésorerie liés à l'exploitation		
Augmentation du montant à recevoir du Ministère relativement aux fournisseurs de services de santé	**(21 030 493)**	(14 268 836)
Diminution (augmentation) du montant à recevoir du Ministère	**107 000**	(107 000)
Augmentation du montant à recevoir du Bureau des services partagés des RLISS	**(393)**	(3 343)
Diminution (augmentation) des débiteurs	**4 947**	(3 542)
Augmentation du montant à recevoir au titre de la TVH	**(65 468)**	-
Augmentation (diminution) des créditeurs et charges à payer	**4 499**	(597 256)
Augmentation du montant à verser aux fournisseurs de services de santé	**21 030 493**	14 268 836
(Diminution) augmentation du montant à verser au Ministère	**(145 138)**	107 814
(Augmentation) diminution du montant à verser au Bureau des services partagés des RLISS	**7 631**	(17 883)
(Diminution) augmentation des produits reportés	**(72 000)**	72 000
Augmentation des charges payées d'avance	**(21 671)**	-
	(180 593)	(549 210)
Dépenses en immobilisations		
Acquisition d'immobilisations	**(54 899)**	(154 485)
Financement		
Apports de capital reçus reportés (note 5)	**54 899**	154 485
Diminution nette de la trésorerie	**(180 593)**	(549 210)
Trésorerie au début	**705 687**	1 254 897
Trésorerie à la fin	**525 094**	705 687

État de la variation de la dette nette pour l'exercice clos le 31 mars 2011

	Budget (non audité) (note 8)	2011 Montant réel	2010 Montant réel
	$	$	$
Surplus de l'exercice	-	-	-
Variation des charges payées d'avance	-	**(21 671)**	-
Acquisition d'immobilisations	-	**(54 899)**	(154 485)
Amortissement des immobilisations	-	**149 628**	325 756
Diminution de la dette nette	-	**73 058**	171 271
Dette nette au début	-	**(504 144)**	(675 415)
Dette nette à la fin	-	**(431 086)**	(504 144)

Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Ouest

Notes complémentaires
31 mars 2011

1. Description des activités

Le Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Ouest a été constitué par lettres patentes le 9 juillet 2005 à titre de société sans capital-actions. Par suite de la sanction royale du projet de loi 36, le 28 mars 2006, il a poursuivi ses activités en vertu de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* (la « *Loi* »), alors que le Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Ouest (le « RLISS ») et ses lettres patentes étaient dissous. À titre de mandataire de l'État, le RLISS n'est pas imposé.

Le RLISS est mandataire de l'État et agit à ce titre uniquement. Les restrictions imposées au RLISS en ce qui a trait à certaines activités sont énoncées dans la *Loi*.

Le RLISS a également conclu une entente de responsabilité avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le « Ministère ») établissant le cadre des responsabilités et activités du RLISS.

Avec prise d'effet le 1er avril 2007, tous les versements aux fournisseurs de services de santé de la région géographique desservie par le RLISS ont été imputés aux états financiers de celui-ci. Le financement attribué par le Ministère est comptabilisé à titre de produits, et un montant équivalent est passé en charges à titre de paiement de transfert aux fournisseurs de services de santé autorisés dans les états financiers du RLISS pour l'exercice clos le 31 mars 2011.

Le RLISS a pour mandat de planifier, de financer et d'intégrer le système de santé local dans une région géographique précise. Le RLISS couvre une région géographique clairement définie et permet aux collectivités locales et aux fournisseurs de services de santé de cette région de collaborer en vue de cibler les priorités locales, de planifier les services de santé et de les assurer de façon plus coordonnée. Le RLISS couvre le territoire allant de Tobermory, au nord, à Long Point, au sud, soit une superficie d'environ 22 000 kilomètres carrés. Le RLISS conclut des ententes de responsabilité avec des fournisseurs de services de santé.

2. Principales conventions comptables

Les états financiers du RLISS constituent des déclarations de la direction et sont dressés conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada pour les gouvernements, tels qu'ils sont établis par le Conseil sur la comptabilité dans le secteur public (le « CCSP ») de l'Institut Canadien des Comptables Agréés (l'« ICCA ») et, s'il y a lieu, selon les recommandations du Conseil des normes comptables (le « CNC ») de l'ICCA, telles qu'elles sont interprétées par la province d'Ontario. Les principales conventions comptables adoptées par le RLISS sont les suivantes :

Méthode de comptabilité

Les produits et les charges sont présentés selon la méthode de la comptabilité d'exercice. Selon cette méthode, les produits sont constatés dans l'exercice au cours duquel les événements ayant donné lieu aux produits surviennent et lorsque ceux-ci sont gagnés et peuvent être déterminés. Quant aux charges, elles sont constatées dans l'exercice au cours duquel les événements ayant donné lieu aux charges surviennent, lorsque les charges sont engagées, que les ressources sont consommées et qu'elles peuvent être mesurées.

En vertu de la comptabilité d'exercice, les charges incluent les éléments hors trésorerie comme l'amortissement des immobilisations et la perte de valeur d'actifs.

Financement du ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Le RLISS est financé uniquement par la province d'Ontario, en vertu d'une entente de responsabilité des RLISS (l'« entente de responsabilité ») conclue avec le Ministère décrivant des arrangements budgétaires pris par le Ministère. Ces états financiers reflètent les arrangements budgétaires convenus approuvés par le Ministère, et le RLISS ne peut approuver un montant excédant le budget consenti par le Ministère.

2. Principales conventions comptables (suite)

Financement du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (suite)

Le RLISS a pris en charge la responsabilité d'autoriser des paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé avec prise d'effet le 1er avril 2007. Les montants des paiements de transfert sont fondés sur les modalités prévues aux ententes de responsabilité conclues entre les divers fournisseurs et le RLISS. Au cours de l'exercice, le RLISS autorise le montant du paiement de transfert et en avise le Ministère qui, pour sa part, transfère le montant directement au fournisseur de services de santé. Les espèces liées au paiement de transfert ne transitent pas par le compte bancaire du RLISS.

Les états financiers du RLISS n'incluent aucun programme géré par le Ministère.

Paiements de transfert gouvernementaux

Les paiements de transfert gouvernementaux versés par le Ministère sont comptabilisés dans les états financiers de l'exercice au cours duquel ils sont autorisés, lorsque les faits ayant donné lieu à leur versement sont survenus, que les critères de rendement sont respectés et que des estimations raisonnables des montants peuvent être faites.

Certaines sommes, incluant les paiements de transfert versés par le Ministère, sont reçues conformément à des lois, à des règlements ou à des conventions, et peuvent uniquement être utilisées aux fins de l'administration de certains programmes ou aux fins de l'achèvement de projets précis. Le financement est uniquement constaté à titre de produits dans l'exercice au cours duquel les dépenses connexes sont engagées ou les services connexes sont fournis. Les sommes non dépensées sont comptabilisées à la fin de l'exercice au titre des montants à verser au Ministère. Certaines sommes reçues servent en outre à payer des dépenses relatives à des services n'ayant pas encore été fournis.

Apports de capital reportés

Toute somme reçue et utilisée aux fins du financement de dépenses comptabilisées à titre d'immobilisations est constatée à titre d'apport de capital reporté et amortie à titre de produits sur la durée de vie utile de l'actif reflétant la prestation des services connexes. Le montant comptabilisé à titre de produits à l'état des activités financières est conforme à la politique d'amortissement s'appliquant aux immobilisations.

Immobilisations

Les immobilisations sont comptabilisées au coût historique, qui comprend les coûts directement liés à l'acquisition, à la conception, à la construction, au développement, à la mise en valeur ou à l'amélioration d'immobilisations. Les apports sous forme d'immobilisations sont comptabilisés à leur juste valeur estimative en date de l'apport. La juste valeur des apports sous forme d'immobilisations est estimée selon leur coût, leur valeur de marché ou leur valeur d'expertise, en fonction de celle qui convient le mieux. Lorsqu'il est impossible d'estimer la juste valeur des immobilisations, celles-ci sont comptabilisées à une valeur symbolique.

Les frais d'entretien et de réparation sont passés en charges lorsqu'ils sont engagés, tandis que les améliorations permettant de prolonger la durée de vie utile ou d'augmenter la capacité d'immobilisations de façon considérable sont immobilisées. Les coûts liés aux logiciels sont passés en charges lorsqu'ils sont engagés.

Les immobilisations sont comptabilisées au coût moins l'amortissement cumulé et elles sont amorties selon la méthode linéaire sur leur durée de vie utile estimative comme suit :

Matériel informatique	3 ans (méthode linéaire)
Améliorations locatives	Durée du bail (méthode linéaire)
Matériel, mobilier et agencements de bureau	5 ans (méthode linéaire)
Développement Web	3 ans (méthode linéaire)

2. Principales conventions comptables (suite)

Immobilisations (suite)

L'amortissement des immobilisations qui sont acquises ou qui commencent à être utilisées en cours d'exercice est fourni pour un exercice complet.

Informations sectorielles

Un secteur est défini comme une activité distincte ou un groupe d'activités distinct, à l'égard de laquelle ou duquel il est approprié de présenter l'information financière séparément. La direction a établi que les informations déjà présentées dans l'état des activités financières et les notes complémentaires de l'exercice considéré et de l'exercice précédent sont adéquates en ce qui a trait aux secteurs pertinents et que, par conséquent, elle n'avait pas à présenter d'information additionnelle.

Utilisation d'estimations

La préparation d'états financiers conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada exige que la direction effectue des estimations et pose des hypothèses qui influent sur les montants déclarés des actifs et des passifs, sur l'information relative aux actifs et aux passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que sur les montants déclarés des produits et des charges au cours de l'exercice. Les résultats réels pourraient différer des estimations.

3. Financement remboursable au Ministère

En vertu de l'entente de responsabilité conclue avec le Ministère, le RLISS doit afficher un bilan équilibré à la fin de chaque exercice. Par conséquent, toute somme reçue à titre de financement excédant les charges engagées doit être remboursée au Ministère.

a) Le montant remboursable au Ministère relativement aux activités de l'exercice visé se compose des éléments suivants :

	Produits	Charges	Surplus de 2011	Surplus de 2010
	$	$	$	$
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé	2 096 400 627	2 096 400 627	-	-
Activités du RLISS	5 249 361	5 237 266	12 095	19 818
Planification autochtone (Aboriginal Planning)	4 702	4 702	-	(252)
Services de santé en français	10 000	9 318	682	-
Stratégie sur le diabète	-	-	-	17 136
Soins aux malades en phase critique	75 000	74 643	357	-
Services de cybersanté	940 795	936 039	4 756	62 169
Chef de service des urgences	51 817	38 810	13 007	14 644
Chef du projet Urgences - ANS	100 000	97 676	2 324	(5 701)
	2 102 832 302	2 102 799 081	33 220	107 814

3. Financement remboursable au Ministère (suite)

b) Le montant à verser au Ministère au 31 mars se compose des éléments suivants :

	2011	2010
	$	$
Montant à verser au Ministère au début	**173 656**	65 842
Montant du financement remboursé au Ministère	**(173 656)**	-
Montant du financement à recevoir du Ministère relativement aux activités de l'exercice visé (note 10a)	**(4 702)**	-
Montant du financement remboursable au Ministère relativement aux activités de l'exercice visé (note 3a)	**33 220**	107 814
Montant à verser au Ministère à la fin	**28 518**	173 656

4. Opérations entre apparentés

Le Bureau des services partagés des RLISS (le « BSPR ») est une division du RLISS de Toronto-Centre et est assujetti aux mêmes politiques, lignes directrices et directives que le RLISS de Toronto-Centre. Le BSPR est responsable, au nom des RLISS, de la prestation de services à tous les RLISS. Le coût lié à la prestation de ces services est facturé à tous les RLISS. Toute tranche des charges d'exploitation du BSPR payée en trop (ou impayée) par les RLISS en fin d'exercice est comptabilisée à titre de montant à recevoir du BSPR (à verser au BSPR). Ces modalités sont toutes prévues aux termes de la convention de services partagés que le BSPR a conclue avec tous les RLISS.

La structure de collaboration entre les RLISS (la « CRLISS ») a été créée au cours de l'exercice 2010 afin de renforcer les liens entre les fournisseurs de services de santé, les associations et les RLISS et de favoriser un alignement entre les différents systèmes. La CRLISS a pour objectif de soutenir les RLISS dans leur démarche visant à obtenir la participation de la communauté des fournisseurs de services de santé afin que ceux-ci soutiennent une intégration efficace et réalisée en coopération avec les systèmes de soin de santé, de les appuyer dans leur rôle de gestionnaire de système et, quand il y a lieu, de favoriser l'implantation harmonieuse des stratégies et initiatives provinciales, ainsi que de permettre la détermination et la communication des pratiques exemplaires. La CRLISS est un organisme dirigé par les RLISS et est responsable devant ces derniers. Le financement de la CRLISS est assuré par les RLISS, avec une participation du Ministère.

5. Apports de capital reportés

	2011	2010
	$	$
Solde au début	**504 144**	675 415
Apports de capital reçus au cours de l'exercice (note 12)	**54 899**	154 485
Amortissement pour l'exercice	**(149 628)**	(325 756)
Solde à la fin	**409 415**	504 144

6. Engagements

Le RLISS a des engagements en vertu de divers contrats de location-exploitation visant des locaux et du matériel jusqu'en 2015. Les contrats seront très probablement renouvelés. Les paiements minimaux exigibles au titre de la location pour chacun des quatre prochains exercices s'établissent comme suit :

	$
2012	249 223
2013	209 216
2014	198 349
2015	82 645

Le RLISS a également des engagements de financement envers des fournisseurs de services de santé liés par des ententes de responsabilité. Les engagements minimaux envers les fournisseurs de services de santé en vertu des ententes de responsabilité actuellement en vigueur s'établissent comme suit :

	$
2012	2 025 460 221

Les montants réels qui seront ultimement versés dépendent du financement réel du RLISS par le Ministère.

7. Immobilisations

	Coût	Amortissement cumulé	2011 Valeur comptable nette	2010 Valeur comptable nette
	$	$	$	$
Matériel informatique	133 685	72 999	60 686	24 445
Améliorations locatives	1 464 863	1 220 150	244 713	347 279
Matériel, mobilier et agencements de bureau	206 997	102 981	104 016	132 420
Développement Web	21 998	21 998	-	-
	1 827 543	1 418 128	409 415	504 144

8. Chiffres du budget

Les budgets ont été approuvés par le gouvernement de l'Ontario. Les chiffres du budget présentés à l'état des activités financières reflètent le budget initial au 1er avril 2010. Ces chiffres ont été présentés pour que ces états financiers soient conformes aux exigences de communication d'information du CCSP. Le gouvernement a approuvé des ajustements budgétaires au cours de l'exercice. Le tableau suivant présente les ajustements apportés au budget du RLISS au cours de l'exercice.

Le budget de financement final des fournisseurs de services de santé de 2 096 400 627 $ est calculé comme suit :

	$
Budget initial	1 958 148 082
Ajustement en vertu d'annonces faites au cours de l'exercice	138 252 545
Budget de financement final des fournisseurs de services de santé	2 096 400 627

Le budget d'exploitation final de 6 435 521 $, excluant le financement des fournisseurs de services de santé, se compose des éléments suivants :

	$
Budget initial	6 008 850
Financement additionnel reçu au cours de l'exercice	481 570
Montant considéré comme des apports de capital au cours de l'exercice	(54 899)
Budget d'exploitation final du RLISS	6 435 521

9. Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé

Le RLISS peut accorder un financement de 2 096 400 627 $ aux divers fournisseurs de services de santé situés dans la région géographique qu'il dessert. Les paiements de transfert accordés par le RLISS à divers secteurs s'établissent comme suit pour 2011 :

	2011	2010
	$	$
Gestion d'hôpitaux	**1 528 366 263**	1 478 403 457
Subventions compensatoires à l'égard des taxes municipales – hôpitaux publics	**451 500**	451 650
Centres de soins de longue durée	**276 650 300**	246 734 108
Centres d'accès aux soins communautaires	**170 394 969**	162 409 737
Services de soutien communautaires	**34 953 026**	29 644 098
Soins à domicile dans des logements avec services de soutien	**16 619 916**	15 959 228
Centres de soins de santé communautaires	**12 404 709**	8 712 310
Programmes communautaires de soins de santé mentale et de toxicomanie	**56 559 944**	54 442 803
	2 096 400 627	1 996 757 391

Le RLISS reçoit du Ministère de l'argent qu'il répartit à son tour entre les fournisseurs de services de santé. Au 31 mars 2011, un montant de 37 412 887 $ (16 382 394 $ en 2010) devait être reçu du Ministère et versé aux fournisseurs de services de santé. Ce montant a été comptabilisé à titre de produits et de charges à l'état des activités financières, et il est inclus au tableau précédent.

10. a) Planification autochtone (Aboriginal Planning)

Le Ministère a octroyé un montant de 34 992 $ (35 525 $ en 2010) au RLISS relativement à la planification autochtone. Le Ministère a recouvré auprès du RLISS un montant de 35 000 $ au cours de l'exercice. Le RLISS a engagé des charges d'exploitation totalisant 4 702 $ (35 777 $ en 2010). Le RLISS a comptabilisé un montant de 4 702 $ à titre de montant à recevoir du Ministère afin de couvrir ces charges d'exploitation.

b) Stratégie sur le diabète

Le Ministère a octroyé un montant de 0 $ (98 178 $ en 2010) au RLISS relativement au financement de la stratégie de gestion du diabète. Le RLISS a engagé des charges d'exploitation totalisant 0 $ (81 042 $ en 2010).

c) Services de cybersanté

Le bureau des services de cybersanté du Ministère a octroyé un montant de 942 000 $ (600 000 $ en 2010) au RLISS. Au cours de 2011, le RLISS a engagé un directeur général de l'information en complément du bureau de gestion du projet de services de cybersanté, tout en engageant des charges d'exploitation de 936 039 $ (486 923 $ en 2010). Des dépenses en immobilisations de 1 205 $ (50 908 $ en 2010) ont été comptabilisées au titre des immobilisations, et le financement connexe a été comptabilisé à titre d'apports de capital reportés. Le RLISS a comptabilisé le solde restant de 4 756 $ à titre de montant à verser au Ministère.

d) Chef de service des urgences

Le Ministère a octroyé un montant de 75 000 $ (75 000 $ en 2010) au RLISS pour que celui-ci engage un représentant chargé de la planification du service des urgences. Le Ministère a recouvré auprès du RLISS un montant de 23 183 $ au cours de l'exercice. Le RLISS a nommé le Dr Lisa Shepherd à ce titre, et celle-ci a reçu une rémunération totalisant 38 810 $ (60 356 $ en 2010) sous forme d'indemnités et d'allocations mensuelles pour dépenses quotidiennes comme le décrit le Ministère. Dr Shepherd a démissionné en novembre 2010. Le RLISS a comptabilisé le solde restant de 13 007 $ à titre de montant à verser au Ministère.

e) Chef du projet Urgences – ANS

Le Ministère a octroyé un montant de 100 000 $ (100 000 $ en 2010) au RLISS relativement au financement de la stratégie de gestion des urgences. Le RLISS a engagé des charges d'exploitation totalisant 97 676 $ (105 701 $ en 2010) et a comptabilisé le solde restant de 2 324 $ à titre de montant à verser au Ministère.

f) Services de santé en français

Le Ministère a octroyé un montant de 110 000 $ (0 $ en 2010) au RLISS relativement au financement des services de santé en français. Le Ministère a recouvré auprès du RLISS un montant de 100 000 $ au cours de l'exercice. Le RLISS a engagé des charges d'exploitation totalisant 9 318 $ (0 $ en 2010) et a comptabilisé le solde restant de 682 $ à titre de montant à verser au Ministère.

Le Ministère a permis au RLISS de conserver un montant de 72 000 $ relativement aux services de santé en français entre la fin de l'exercice 2010 et la fin août 2010. Aucune charge connexe n'a été engagée, ni aucuns fonds n'ont été octroyés au cours de l'exercice 2011 (72 000 $ en 2010).

g) Soins aux malades en phase critique

Le Ministère a octroyé au RLISS un montant de 75 000 $ (0 $ en 2010) aux fins des initiatives liées aux soins aux malades en phase critique. Le RLISS a engagé des charges d'exploitation totalisant 74 643 $ (0 $ en 2010). Le RLISS a comptabilisé le solde restant de 357 $ à titre de montant à verser au Ministère.

11. Frais généraux et administratifs

Alors que l'état des activités financières présente les charges selon leur fonction, le tableau suivant présente les frais généraux et administratifs par objet :

	2011	2010
	$	$
Salaires et charges sociales	**3 242 761**	2 865 731
Charges locatives (note 12)	**205 399**	240 561
Amortissement	**149 628**	325 756
Services partagés	**359 495**	362 714
Structure de collaboration avec les RLISS	**50 000**	12 286
Relations publiques	**50 986**	139 432
Services-conseils et charges liées au projet	**801 032**	664 610
Fournitures	**36 413**	82 516
Indemnités quotidiennes du président du Conseil	**24 275**	25 900
Indemnités quotidiennes des administrateurs	**54 017**	65 010
Charges des membres du Conseil	**49 004**	133 228
Frais de poste, de messagerie et de télécommunications	**59 604**	130 495
Autres	**154 652**	220 832
	5 237 266	5 269 071

12. Dépenses remboursées

Le RLISS a conclu une entente avec le Centre d'accès aux soins communautaires du Sud-Ouest (le « CASC ») pour lancer un projet de prévention et de gestion des maladies chroniques (le « projet de PGMC »). Le CASC paiera les frais du RLISS pour l'aménagement et l'installation initiale des bureaux dans le cadre du projet de PGMC.

Au cours de l'exercice 2011, les montants reçus pour l'aménagement ont donné lieu à une baisse de 58 200 $ des charges locatives, qui sont passées de 263 947 $ à 205 399 $ (en 2010, baisse de 58 200 $ des charges locatives, qui sont passées de 298 761 $ à 240 561 $). Ce montant est inclus à l'état des activités financières.

13. Conventions de prestations de retraite

Le RLISS verse des cotisations au Hospitals of Ontario Pension Plan (le « HOOPP »), un régime interentreprises, pour le compte d'environ 30 membres de son personnel. Il s'agit d'un régime à prestations déterminées qui précise le montant des avantages de retraite devant être reçu par les employés en fonction de leur ancienneté et de leur salaire. Le montant des cotisations versées au HOOPP relativement au coût des services rendus au cours de l'exercice a totalisé 262 137 $ pour l'exercice 2011 (256 430 $ en 2010) et ce montant a été passé en charges dans l'état des activités financières. La dernière évaluation actuarielle du régime de retraite a été achevée le 31 décembre 2010, date à laquelle le régime était entièrement capitalisé.

14. Garanties

Le RLISS est assujetti aux dispositions de la *Loi sur la gestion des finances publiques*. Par conséquent, dans le cours normal de ses activités, le RLISS ne peut conclure d'entente prévoyant l'indemnisation de tiers, sauf conformément à la *Loi sur la gestion des finances publiques* et à la ligne directrice connexe sur l'indemnisation.

Le directeur général a bénéficié d'une indemnisation fournie directement par le RLISS conformément aux dispositions de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* et conformément au chapitre 28 de la *Loi sur la gestion des finances publiques*.

Ontario
Réseau local d'intégration
des services de santé

ISSN 1911-4214 juin/11 © 2011